Deutscher Bundestag **Drucksache 17/6141**
17. Wahlperiode 08. 06. 2011

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
– Drucksache 17/5178 –

Entwurf eines … Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

b) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksache 17/5708 –

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

c) zu dem Antrag der Abgeordneten Bärbel Bas, Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/4452 –

Besserer Schutz vor Krankenhausinfektionen durch mehr Fachpersonal für Hygiene und Prävention

d) zu dem Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Inge Höger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/4489 –

Krankenhausinfektionen vermeiden – Tödliche und gefährliche Keime bekämpfen

e) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Fritz Kuhn, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/5203 –

Prävention von Krankenhausinfektionen verbessern

A. Problem

Zu den Buchstaben a und b

Der Gesetzentwurf enthält sowohl infektionsschutzrechtliche als auch sozialversicherungsrechtliche Instrumente zur Verbesserung der Prävention von Krankenhausinfektionen. Daneben enthält er weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes und des SGB XI.

Jährlich erkranken zwischen 400 000 und 600 000 Patientinnen und Patienten an einer zumeist durch antibiotikaresistente Keime (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus, MRSA) verursachten Krankenhausinfektion (nosokomiale Infektion), und zwischen 7 500 und 15 000 Patienten sterben in deren Folge. Problematisch ist, dass multiresistente Keime schwer therapierbar sind, eine längere Behandlungsdauer und höhere Behandlungskosten verursachen und öfter tödlich verlaufen.

Bei Streitfällen bei der Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen und bei Streitigkeiten bei Vergütungsverhandlungen zwischen den Krankenkassen und den stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen existierten bisher keine Konfliktlösungsmechanismen. Außerdem sind die privaten Pflegeversicherer noch nicht mit einem eigenen Prüfdienst an der Qualitätsprüfung im ambulanten und stationären Pflegebereich beteiligt.

Zu Buchstabe c

Nach Ansicht der Fraktion der SPD ist es trotz großer Anstrengungen bislang nicht gelungen, durch antibiotikaresistente Keime verursachte Krankenhausinfektionen (nosokomiale Infektionen) flächendeckend einzudämmen. Die Folgen seien zusätzliches Leid für die betroffenen Patientinnen und Patienten, ein gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Krankenhaus sowie ein massiver wirtschaftlicher Schaden für das Gesundheitssystem.

Zu Buchstabe d

Die Fraktion DIE LINKE. stellt in ihrem Antrag fest, dass insbesondere durch multiresistente Keime verursachte Krankenhausinfektionen eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland sind. Gründe seien u. a. die Personalpolitik der Krankenhäuser und die Reduzierung der Lehrstühle für Hygiene und Umweltmedizin, die in einigen Bundesländern fehlende Krankenhaushygieneverordnung, die fehlende Verbindlichkeit von Richtlinien und der unkontrollierte Einsatz von Antibiotika.

Zu Buchstabe e

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN konstatiert, dass in Deutschland jährlich zwischen 500 000 und einer Million Menschen im Krankenhaus an Infektionen erkranken und zwischen 7 500 und 40 000 daran sterben. Die Gründe hierfür sind nach Ansicht der Antragsteller vielfältig und reichen von der unzureichenden Prävention und Kontrolle in den Krankenhäusern über das fehlende

Screening von Risikopatientinnen und -patienten und mangelndem Hygienefachpersonal bis hin zu einer oftmals überflüssigen Anwendung von Antibiotika sowohl in der Humanmedizin als auch in der Tiermast.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung einschlägiger Gesetze und die Entwicklung und Umsetzung eines Maßnahmenbündels sollen im Bereich Krankenhaushygiene sektorübergreifende Präventionsmaßnahmen etabliert und die Zahl der Infektionen gesenkt werden. Dazu zählen u. a. die konsequente Einhaltung von Hygieneregeln und der verantwortungsvolle Umgang mit Antibiotika sowie die Verpflichtung der Länder, entsprechende Rechtsverordnungen zur Einhaltung von Hygienestandards zu erlassen. Zur Formulierung von Handlungsempfehlungen für die Ärztinnen und Ärzte soll die Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) beim Robert Koch-Institut eingerichtet werden.

Schiedsstellenverfahren sollen als Konfliktlösungsmechanismen bei Vergütungsverhandlungen und bei Uneinigkeiten bei der Entwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen im SGB V bzw. im SGB XI installiert werden.

Außerdem sollen die privaten Krankenversicherer verpflichtend in die Qualitätsprüfung im Bereich Pflege eingebunden werden.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/5178 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Einvernehmliche Erledigterklärung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/5708.

Zu Buchstabe c

Für eine erfolgreiche Bekämpfung nosokomialer Infektionen müssten nach Auffassung der Antragsteller bundeseinheitliche Standards formuliert und § 23 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) dahingehend ergänzt werden, dass genügend Hygienefachärztinnen und -ärzte und Hygienefachpflegekräfte in Krankenhäusern eingesetzt würden. Parallel müssten die Länder unterstützt werden, eine anforderungsgerechte Hygieneverordnung zu erlassen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/4452 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller sind der Ansicht, dass vorhandene Richtlinien sanktionsbewehrt durchgesetzt werden müssten, die Meldepflicht zu erweitern sei und durch Arbeitsentlastung und spezialisiertes Personal die Durchführung von Hygienemaßnahmen ermöglicht werden müsse. Zusätzlich sei zur Resistenzvermeidung eine rationale Antibiotikaanwendung in der Medizin und in der kommerziellen Tierhaltung notwendig.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/4489 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD.

Zu Buchstabe e

Die Antragsteller fordern entsprechende Änderungen im Infektionsschutzgesetz, die Überarbeitung der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART), einen Aktionsplan „Krankenhaushygiene“, an dem auch die Länder beteiligt werden, die Finanzierung regionaler Netzwerke sowie einen reglementierten Einsatz von Antibiotika in der Tiermast.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/5203 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD.

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs und Annahme eines Antrags.

D. Kosten

Zu den Buchstaben a und b

Die Maßnahmen dieses Gesetzes sind mit finanziellen Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. Weitere finanzielle Auswirkungen ergeben sich für Bund und Länder.

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugsaufwand

Keine.

2. Haushaltsausgaben mit Vollzugsaufwand

a) Bund

Dem Bund entsteht zusätzlicher Vollzugsaufwand durch die Einrichtung und den Betrieb der Kommission ART und den höheren Anspruch an die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO). Damit die Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART dem Anspruch gerecht werden können, grundsätzlich dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu entsprechen, müssen neue Empfehlungen zeitgerecht erarbeitet und existierende Empfehlungen regelmäßig angepasst werden. Allein von den ehrenamtlich tätigen Mitgliedern der Kommission kann das nicht geleistet werden. Um die Kommission ART einzurichten, um den detaillierten und modernen Anforderungen an eine genügende wissenschaftliche Vorbereitung der Empfehlungsvorhaben der Kommissionen gerecht zu werden und um die Verabschiedung von neuen Empfehlungen zu beschleunigen, sind bei den Geschäftsstellen Sachmittel und fünf medizinische Dokumentarinnen und Dokumentare, eine Epidemiologin oder ein Epidemiologe, sieben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und eine Statistikerin oder ein Statistiker erforderlich (insgesamt 978 000 Euro; 833 000 Euro Personalmittel und 145 000 Euro Sachmittel pro Jahr). Der Mehrbedarf an Sach- und Personalmitteln soll finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 15 ausgeglichen werden.

b) Länder

Den Ländern entsteht zusätzlicher Vollzugsaufwand im Rahmen der Verordnungsgebung nach § 23 Absatz 8 IfSG.

Die Mehrkosten für die Länder durch die Einführung einer Schiedsstellenregelung gemäß den §§ 111 und 111b SGB V zu den zweiseitigen Vergütungsverträgen zwischen Krankenkassen und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind nicht quantifizierbar.

c) Gesetzliche Krankenversicherung

Durch Verbesserungen im Infektionsschutz können 20 bis 30 Prozent der geschätzten 400 000 bis 600 000 Krankenhausinfektionen und daraus resultierende Behandlungskosten vermieden werden (Quelle: P. Gastmeier, F. Brunkhorst, M. Schrappe, W. Kern, C. Geffers. Wie viele nosokomiale Infektionen sind vermeidbar? Deutsche Medizinische Wochenschrift 2010; 135:91–93.). Für die gesetzliche Krankenversicherung können dadurch – ebenso wie für die anderen Kostenträger (private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Unfallversicherung) – Minderausgaben entstehen, die nicht exakt quantifizierbar sind. Je 10 000 vermiedene Behandlungsfälle ergeben sich auf der Basis durchschnittlicher Behandlungskosten in Krankenhäusern von rund 3 800 Euro je Behandlungsfall Minderausgaben von fast 40 Mio. Euro.

Eine automatische Übertragung personeller und sächlicher Mehraufwendungen durch verbesserte Infektionsschutzmaßnahmen auf die Vergütung von Krankenhausleistungen ist in den gesetzlichen Regelungen nicht vorgesehen. Selbst wenn es aufgrund zusätzlicher Kosten der Krankenhäuser für verbesserten Infektionsschutz oder durch Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Hygiene zu einer geringen Steigerung des Preisniveaus für akutstationäre Krankenhausleistungen käme, führen vermiedene Infektionen in diesen Fällen zu weniger teuren Krankenhausbehandlungen, die über das System der Vergütung von Krankenhausleistungen erhebliche Entlastungen der Krankenkassen und der übrigen Kostenträger zur Folge haben.

Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Änderung von § 87 Absatz 2a und 2d SGB V sind derzeit allenfalls sehr grob – ausgehend von einer Hochrechnung auf der Basis der dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Verfügung gestellten Auswertungsergebnisse des Modellprojektes EUREGIO-MRSA Twente/Münsterland – zu quantifizieren. Demnach ergäben sich Kosten für die MRSA-Diagnostik und MRSA-Eradikationstherapie in Höhe von jährlich rund 2,5 Mio. Euro. Solchen Mehrausgaben standen auf Basis des Modellprojektes deutlich höhere Minderausgaben gegenüber.

Die Kosten, die den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund der Änderung von § 137 SGB V mittelbar durch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Anforderungen zur Sicherung der Hygiene in der medizinischen Versorgung entstehen, lassen sich wegen des nicht feststehenden Regelungsumfangs noch nicht quantifizieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Gestaltung der Anforderungen an die Qualitätssicherung im Bereich der Hygiene – wie bei allen Richtlinienentscheidungen – nach § 92 Absatz 1 Satz 1 SGB V das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu beachten und nur die zur Sicherung einer ausreichenden und zweckmäßigen medizinischen Versorgung notwendigen Maßnahmen zu treffen. Seine Zusammensetzung ist auf einen Interessenausgleich zwischen den Selbstverwaltungsparteien ausgerichtet und bietet Gewähr dafür, dass insbesondere die Kassenseite auch das Interesse an der Vermeidung von Kostenbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung verfolgt.

Zu Buchstabe c

Kosten wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller weisen darauf hin, dass die geforderten Maßnahmen zu Einsparungen im Solidarsystem führen können.

Zu Buchstabe e

Kosten wurden nicht erörtert.

E. Sonstige Kosten

Zu den Buchstaben a und b

Kosten für die Wirtschaft können bei den in § 23 Absatz 3 IfSG genannten Einrichtungen entstehen, soweit diese bislang nicht die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Präventionsmaßnahmen getroffen haben. Es fallen vor allem zusätzliche Personalkosten in den 1 780 akutstationären Krankenhäusern an. Die Schätzung der Mehrkosten basiert auf Angaben der KRINKO und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) e. V. Sie berücksichtigt, dass bereits in sieben Bundesländern landesrechtliche Regelungen in Krankenhaushygieneverordnungen vorhanden sind und sich insoweit durch die geplante bundesgesetzliche Regelung keine zusätzlichen Anforderungen ergeben. Die voraussichtlichen Mehrausgaben infolge dieses Gesetzes in den Ländern ohne geltende Krankenhaushygieneverordnung für etwa 340 Krankenhaushygienikerinnen und -hygieniker, etwa 413 Hygienefachkräfte und Beauftragungen von Ärztinnen und Ärzten mit Hygieneaufgaben im Umfang von etwa 71 Stellen belaufen sich auf ca. 76 Mio. Euro. Die durch die Schaffung neuer Personalstellen in Krankenhäusern entstehenden Kosten werden voraussichtlich aber durch verminderten Aufwand aufgrund der bezweckten Vermeidung von Infektionen kompensiert; eine genaue Quantifizierung der zu erwartenden Aufwandsminderung ist jedoch nicht möglich. Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtende Anforderungen gemäß der Änderung zu § 137 SGB V zur Sicherung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen beschließt, können in Arztpraxen und Krankenhäusern Kosten für deren Umsetzung entstehen. Diese können aufgrund der Gestaltungshoheit des Gemeinsamen Bundesausschusses aber noch nicht beziffert werden. Dem stehen jedoch Einsparungen durch eine Verbesserung der hygienischen Versorgung, durch die Reduzierung von Komplikationen sowie durch die Vermeidung von hohen Folgekosten gegenüber. Größere Auswirkungen auf die Einzelpreise der medizinischen Dienstleistungen oder Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

Zu den Buchstaben c, d und e

Sonstige Kosten wurden nicht erörtert.

F. Bürokratiekosten

Zu den Buchstaben a und b

Es wird eine jährliche Informationspflicht für 2 083 Unternehmen ausgebaut mit erwarteten Mehrkosten in Höhe von ca. 3,1 Mio. Euro.

Es wird eine etwa vierteljährliche Informationspflicht für 2 500 Unternehmen eingeführt mit erwarteten Mehrkosten in Höhe von 54 000 Euro.

Es wird eine Informationspflicht für 450 Verwaltungsbehörden eingeführt mit geringfügigen Mehrkosten.

Zu den Buchstaben c, d und e

Bürokratiekosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/5178 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,

b) den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/5708 für erledigt zu erklären,

c) den Antrag auf Drucksache 17/4452 abzulehnen,

d) den Antrag auf Drucksache 17/4489 abzulehnen,

e) den Antrag auf Drucksache 17/5203 abzulehnen.

Berlin, den 8. Juni 2011

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Carola Reimann
Vorsitzende

Lothar Riebsamen
Berichterstatter

Bärbel Bas
Berichterstatterin

Harald Weinberg
Berichterstatter

Lars Lindemann
Berichterstatter

Dr. Harald Terpe
Berichterstatter

Zusammenstellung

des Entwurfs eines … Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
– Drucksache 17/5178 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze	**Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze**
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	**Artikel 1**
Änderung des Infektionsschutzgesetzes	**Änderung des Infektionsschutzgesetzes**
Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 2091) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 2091) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 23 wie folgt gefasst: „§ 23 Nosokomiale Infektionen; Resistenzen; Rechtsverordnungen durch die Länder“.	1. unverändert
2. *In* § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b wird *die Angabe „§ 23 Abs. 1“ durch die „Angabe § 23 Absatz 4“ ersetzt.*	2. § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b wird **wie folgt gefasst:** **„b) die nach § 23 Absatz 4 zu erfassenden nosokomialen Infektionen, Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen und Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs festzulegen,“.**
3. In § 6 Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „§ 10 Abs. 1 Satz 3, Abs. 3 und 4 Satz 3“ durch die Angabe „§ 10 Absatz 6“ ersetzt.	3. unverändert
4. In § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach den Wörtern „im Sinne des“ die Wörter „§ 23 Absatz 5 oder 6 oder“ eingefügt.	4. unverändert
5. § 10 wird wie folgt geändert: a) Absatz 1 Satz 3 wird aufgehoben. b) Absatz 4 Satz 3 wird aufgehoben. c) Folgender Absatz 6 wird angefügt: „(6) Die nichtnamentliche Meldung nach § 6 Absatz 3 muss die Angaben nach Absatz 1 Nummer 5, 9 und 11, Monat und Jahr der einzelnen Diagnosen sowie Name und Anschrift der betroffenen Einrichtung enthalten. Absatz 3 ist anzuwenden. § 9 Absatz 3 Satz 1 bis 3 gilt entsprechend.“	5. unverändert

Entwurf

6. § 11 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

      „(2) Ein dem Gesundheitsamt nach § 6 Absatz 3 als Ausbruch gemeldetes gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen ist vom Gesundheitsamt spätestens am dritten Arbeitstag der folgenden Woche an die zuständige Landesbehörde sowie von dort innerhalb einer Woche an das Robert Koch-Institut ausschließlich mit folgenden Angaben zu übermitteln:

      1. zuständiges Gesundheitsamt,
      2. Monat und Jahr der einzelnen Diagnosen,
      3. Untersuchungsbefund,
      4. wahrscheinlicher Infektionsweg, wahrscheinliches Infektionsrisiko,
      5. Zahl der betroffenen Patienten."

   b) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden die Absätze 3 und 4.

7. In § 12 Absatz 2 wird die Angabe „§ 11 Abs. 3" durch die Angabe „§ 11 Absatz 4" ersetzt.

8. § 23 wird wie folgt gefasst:

„§ 23

Nosokomiale Infektionen; Resistenzen; Rechtsverordnungen durch die Länder

(1) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Die Empfehlungen der Kommission werden vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden und des Robert Koch-Institutes nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.

(2) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern. Die Empfehlungen der Kommission werden vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesge-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

6. unverändert

7. unverändert

8. § 23 wird wie folgt gefasst:

„§ 23

Nosokomiale Infektionen; Resistenzen; Rechtsverordnungen durch die Länder

(1) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Die Empfehlungen der Kommission werden **unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und** vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden und des Robert Koch-Institutes nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.

(2) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern. Die Empfehlungen der Kommission werden **unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und** vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obers-

Entwurf

sundheitsbehörden, des Robert Koch-Institutes und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.

(3) Die Leiter *von Krankenhäusern,* Einrichtungen *für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, vergleichbaren Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe* haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. *Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.*

(4) Die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren haben sicherzustellen, dass die vom Robert Koch-Institut nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden. *Die* erforderlichen Präventionsmaßnahmen *sind* dem Personal *mitzuteilen* und *umzusetzen*. Die Aufzeichnun-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

ten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden, des Robert Koch-Institutes und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.

(3) Die Leiter **folgender** Einrichtungen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden**:**

1. Krankenhäuser,

2. Einrichtungen für ambulantes Operieren,

3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt,

4. Dialyseeinrichtungen,

5. Tageskliniken,

6. Entbindungseinrichtungen,

7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind,

8. Arztpraxen, Zahnarztpraxen und

9. Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe.

Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.

(4) Die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren haben sicherzustellen, dass die vom Robert Koch-Institut nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden **und dass die** erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal **mitgeteilt** und **umgesetzt werden**. **Da-**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gen nach *Satz* 1 sind zehn Jahre nach deren Anfertigung aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren.	**rüber hinaus hat der Leiter sicherzustellen, dass die nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs fortlaufend in zusammengefasster Form aufgezeichnet, unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika gezogen werden und dass die erforderlichen Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden.** Die Aufzeichnungen nach **den Sätzen** 1 **und 2** sind zehn Jahre nach deren Anfertigung aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren.
(5) Die Leiter *von Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,* Einrichtungen *für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen und vergleichbaren Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen* haben sicherzustellen, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind*. Die genannten Einrichtungen unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt.*	(5) Die Leiter **folgender** Einrichtungen haben sicherzustellen, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind**:** **1. Krankenhäuser,** **2. Einrichtungen für ambulantes Operieren,** **3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,** **4. Dialyseeinrichtungen,** **5. Tageskliniken,** **6. Entbindungseinrichtungen und** **7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind.** **Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung vorsehen, dass Leiter von Zahnarztpraxen sowie Leiter von Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, sicherzustellen haben, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.**
(6) *Arztpraxen sowie Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden,* können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.	(6) **Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 1 unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 2** können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.
(7) Die mit der Überwachung beauftragten Personen sind befugt, zu Betriebs- und Geschäftszeiten Betriebsgrundstücke, Geschäfts- und Betriebsräume, zum Betrieb gehörende Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel zu betreten, zu besichtigen sowie in die Bücher oder sonstigen Unterlagen Einsicht zu nehmen und hieraus Abschriften, Ablichtungen oder Auszüge anzufertigen sowie sonstige Gegenstände zu untersuchen oder Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen,	(7) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. § 16 Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.	
(8) Die Landesregierungen haben durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über	(8) Die Landesregierungen haben **bis zum 31. März 2012** durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über
1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,	1. unverändert
2. Bestellung, Aufgaben und Zusammensetzung einer Hygienekommission,	2. unverändert
3. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und Bestellung von *Hygienebeauftragten*,	3. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und **die** Bestellung von **hygienebeauftragten Ärzten einschließlich bis längstens zum 31. Dezember 2016 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals**,
4. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen *Hygienebeauftragten*, *Hygienefachkräfte* und *Krankenhaushygieniker*,	4. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen **Hygienefachkräfte**, **Krankenhaushygieniker** und **hygienebeauftragten Ärzte**,
5. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention,	5. unverändert
6. Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht,	6. unverändert
7. die zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben erforderliche Einsichtnahme der in Nummer 4 genannten Personen in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten,	7. unverändert
8. die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind,	8. unverändert
9. die klinisch-mikrobiologisch und klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals,	9. unverändert
10. die Information von aufnehmenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind.	10. unverändert
Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.“	Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
9. In § 29 Absatz 2 Satz 4 werden nach der Angabe „§ 36 Abs. 1“ die Wörter „oder § 23 Absatz 5“ eingefügt.	9. unverändert
10. § 36 wird wie folgt geändert:	10. § 36 wird wie folgt geändert:
a) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:	a) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:
„(1) Folgende Einrichtungen legen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest und unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt:	„(1) Folgende Einrichtungen legen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest und unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt:
1. die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen,	1. unverändert
2. Einrichtungen nach § 1 Absatz 1 bis 5 des Heimgesetzes *und vergleichbare Betreuungs- oder Versorgungseinrichtungen*,	2. Einrichtungen nach § 1 Absatz 1 bis 5 des Heimgesetzes,
	3. Betreuungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 und 2 genannten Einrichtungen vergleichbar sind,
3. Obdachlosenunterkünfte,	**4**. unverändert
4. Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler und Flüchtlinge,	**5**. unverändert
5. sonstige Massenunterkünfte und	**6**. unverändert
6. Justizvollzugsanstalten.	**7**. unverändert
(2) Einrichtungen und Gewerbe, bei denen die Möglichkeit besteht, dass durch Tätigkeiten am Menschen durch Blut Krankheitserreger übertragen werden, können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.	(2) unverändert
(3) Die mit der Überwachung beauftragten Personen sind befugt, zu Betriebs- und Geschäftszeiten Betriebsgrundstücke, Geschäfts- und Betriebsräume, zum Betrieb gehörende Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel zu betreten, zu besichtigen sowie in die Bücher oder sonstigen Unterlagen Einsicht zu nehmen und hieraus Abschriften, Ablichtungen oder Auszüge anzufertigen sowie sonstige Gegenstände zu untersuchen oder Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. § 16 Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.“	(3) unverändert
b) In Absatz 5 werden die Wörter „der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 Grundgesetz) sowie“ gestrichen.	b) unverändert
	10a. In § 43 Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „jährlich“ durch die Wörter „alle zwei Jahre“ ersetzt.
11. § 73 wird wie folgt geändert:	11. § 73 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) Nummer 9 wird wie folgt gefasst:	aa) Nummer 9 wird wie folgt gefasst:
„9. entgegen § 23 Absatz 4 Satz 1 *oder 2* nicht sicherstellt, dass die dort genannten Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern aufgezeichnet oder die Präventionsmaßnahmen mitgeteilt oder umgesetzt werden,“.	„9. entgegen § 23 Absatz 4 Satz 1 nicht sicherstellt, dass die dort genannten Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern aufgezeichnet oder die Präventionsmaßnahmen mitgeteilt oder umgesetzt werden,“.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Nach Nummer 9 *wird folgende Nummer* 9a eingefügt:	bb) Nach Nummer 9 **werden die folgenden Nummern** 9a **und 9b** eingefügt:
„9a. entgegen § 23 Absatz 4 Satz *3 eine Aufzeichnung* nicht oder *nicht mindestens zehn Jahre aufbewahrt,*“.	„9a. entgegen § 23 Absatz 4 Satz **2** nicht **sicherstellt, dass die dort genannten Daten aufgezeichnet** oder **die Anpassungen mitgeteilt oder umgesetzt werden,**
	9b. entgegen § 23 Absatz 4 Satz 3 eine Aufzeichnung nicht oder nicht mindestens zehn Jahre aufbewahrt,“.
cc) In Nummer 10 wird die Angabe „§ 23 Abs. 1 Satz 3“ durch die Wörter „§ 23 Absatz 4 Satz 4“ ersetzt.	cc) u n v e r ä n d e r t
dd) Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 10a eingefügt:	dd) Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 10a eingefügt:
„10a. entgegen § 23 Absatz 5 Satz 1 nicht sicherstellt, dass die dort genannten Verfahrensweisen festgelegt sind,“.	„10a. entgegen § 23 Absatz 5 Satz 1**, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 23 Absatz 5 Satz 2,** nicht sicherstellt, dass die dort genannten Verfahrensweisen festgelegt sind,“.
ee) *In* Nummer 24 *werden nach den Wörtern „§ 20 Abs. 6 Satz 1 oder Abs. 7 Satz 1,“ die Wörter „§ 23 Absatz 8 Satz 1 oder Satz 2“ und ein Komma eingefügt.*	ee) Nummer 24 **wird wie folgt geändert:**
	aaa) Die Angabe „§ 17 Abs. 5 Satz 1“ wird durch die Wörter „§ 17 Absatz 4 Satz 1 oder Absatz 5 Satz 1“ ersetzt.
	bbb) Nach den Wörtern „§ 20 Abs. 6 Satz 1 oder Abs. 7 Satz 1,“ werden die Wörter „§ 23 Absatz 8 Satz 1 oder Satz 2“ und ein Komma eingefügt.
b) In Absatz 2 wird die Angabe „9“ durch die Angabe „*9a*“ ersetzt.	b) In Absatz 2 wird die Angabe „9“ durch die Angabe „**9b**“ ersetzt.
Artikel 2	**Artikel 2**
Änderung der Gefahrstoffverordnung	**Änderung der Gefahrstoffverordnung**
Anhang I (zu § 8 Absatz 8, § 11 Absatz 3) Nummer 3.1 Satz 2 Nummer 2 der Gefahrstoffverordnung vom 26. November 2010 (BGBl. I S. 1643, 1644) wird wie folgt gefasst:	Anhang I (zu § 8 Absatz 8, § 11 Absatz 3) Nummer 3.1 Satz 2 Nummer 2 der Gefahrstoffverordnung vom 26. November 2010 (BGBl. I S. 1643, 1644) wird wie folgt gefasst:
„2. nicht nur gelegentlich und nicht nur in geringem Umfang im eigenen Betrieb, in dem Lebensmittel hergestellt, behandelt oder in Verkehr gebracht werden, oder in einer Einrichtung durchführt, die in § 23 Absatz 5 *und 6* oder § 36 des Infektionsschutzgesetzes genannt ist.“	„2. nicht nur gelegentlich und nicht nur in geringem Umfang im eigenen Betrieb, in dem Lebensmittel hergestellt, behandelt oder in Verkehr gebracht werden, oder in einer Einrichtung durchführt, die in § 23 Absatz 5 oder § 36 des Infektionsschutzgesetzes genannt ist.“
Artikel 3	**Artikel 3**
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch -Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. § 87 wird wie folgt geändert:	1. unverändert

a) Dem Absatz 2a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Bis spätestens zum 31. Oktober 2011 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2012 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vergütet werden. Die Vergütungsvereinbarung ist auf zwei Jahre zu befristen; eine Anschlussregelung ist bis zum 31. Oktober 2013 zu treffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsbezogen über Auswertungsergebnisse der Regelung nach Satz 3. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts nach Satz 5 sowie zur Auswertung der anonymisierten Dokumentationen zum Zwecke der Versorgungsforschung bestimmen; es kann auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage des Berichts beauftragen. Im Übrigen gilt die Veröffentlichungspflicht gemäß § 136 Absatz 1 Satz 2.“

b) In Absatz 2d Satz 1 wird vor der Angabe „2b und 2c“ die Angabe „2a Satz 3,“ und nach dem Wort „genannten“ die Wörter „Leistungen und“ eingefügt.

2. Dem § 111 Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:	2. unverändert

„Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.“

3. Nach § 111a wird folgender § 111b eingefügt:	3. unverändert

„§ 111b

Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Landesebene maßgeblichen Verbände bilden miteinander für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet in den Angelegenheiten, die ihr nach diesem Buch zugewiesen sind.

(2) Die Schiedsstelle besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der jeweiligen Vertragsparteien nach § 111 Absatz 5 Satz 1 in gleicher Zahl; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. Der Vorsitzende und die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Verbänden nach Absatz 1 gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von den zuständigen Landesbehörden bestellt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden von der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.	
(4) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.	
(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen. Sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen."	
4. § 137 wird wie folgt geändert:	4. unverändert
a) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a und 1b eingefügt:	
„(1a) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung fest und bestimmt insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität. Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2012 zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotika-Verbrauch sowie die Empfehlungen der nach § 23 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommissionen.	
(1b) Die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Absatz 1a Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 darzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll ihm bereits zugängliche Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern unverzüglich in die Qualitätsberichte aufnehmen lassen sowie zusätzliche Anforderungen nach Absatz 3 Nummer 4 zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene stellen."	
b) In Absatz 3 Nummer 4 werden die Wörter „im Abstand von zwei Jahren" durch das Wort „jährlich" ersetzt und nach der Angabe „Absatz 1" die Angabe „und 1a" eingefügt.	
	4a. Dem § 171d wird folgender Absatz 6 angefügt:
	„(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift oder nach § 155 Absatz 4 oder 5 von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein Darlehen aufnehmen. Die Aufnahme eines Darlehens bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesund-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

heit, die nur erteilt werden darf, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nachweist, dass die Darlehensaufnahme erforderlich ist, um Ansprüche von Gläubigern innerhalb des Fälligkeitszeitraums zu erfüllen. Darlehen nach Satz 1 dürfen nur bis zum 30. Juni 2012 aufgenommen und genehmigt werden. Der Darlehensbetrag ist spätestens nach Ablauf von 12 Monaten zurückzuzahlen."

4b. § 242 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „und nach § 5 Absatz 1 Nummer 13" durch die Wörter „und nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 und 13" ersetzt.

b) In Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „§ 5 Absatz 1 Nummer 6, 7 und 8" durch die Wörter „§ 5 Absatz 1 Nummer 5 bis 8" ersetzt.

4c. In § 242a Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „geteilt durch die voraussichtliche" die Wörter „um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 verringerte" eingefügt.

4d. In § 242b Absatz 6 werden nach den Wörtern „des Zwölften Buches" die Wörter „oder nach dem Asylbewerberleistungsgesetz" eingefügt und wird folgender Satz angefügt: „Bezieht ein Mitglied Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des Zwölften Buches oder Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zweiten Buch oder endet der Bezug dieser Leistungen, teilt die Krankenkasse den Beitrag abführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraumes mit, in dem der Sozialausgleich nicht durchzuführen ist."

4e. Dem § 279 Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Höhe der jährlichen Vergütungen des Geschäftsführers und seines Stellvertreters einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen sind in einer Übersicht jährlich zum 1. März im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Abweichend davon erfolgt die erstmalige Veröffentlichung zum 1. September 2011. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die dem Geschäftsführer und seinem Stellvertreter im Zusammenhang mit ihrer Geschäftsführertätigkeit von Dritten gewährt werden, sind dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates mitzuteilen."

4f. In § 274 Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „bundesunmittelbaren Krankenkassen" die Wörter „und deren Arbeitsgemeinschaften, die der Aufsicht des Bundesversicherungsamts unterstehen" und nach den Wörtern „landesunmittelbaren Krankenkassen" die Wörter „und deren Arbeitsgemeinschaften, die ihrer Aufsicht unterstehen" eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. Nach § 281 Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: „Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten die §§ 171e sowie 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.“	5. u n v e r ä n d e r t
6. *Dem* § 282 wird *folgender Absatz 4 angefügt*:	6. § 282 wird **wie folgt geändert**: **a) In Absatz 3 Satz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die folgenden Wörter werden angefügt:** **„§ 279 Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt auch für die entsprechenden Organe des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.“** **b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:**
„(4) Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen *gelten die §§* 171e sowie 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.“	„(4) Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen **gilt §** 171e sowie **§** 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.“
7. In § 285 Absatz 3 Satz 2 werden nach den Wörtern „§ 17a der Röntgenverordnung“ die Wörter „und den ärztlichen Stellen nach § 83 der Strahlenschutzverordnung“ eingefügt.	7. u n v e r ä n d e r t
8. § 293 wird wie folgt geändert: a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ ein Komma und die Wörter „die Spitzenorganisationen der anderen Träger der Sozialversicherung, die Postbeamtenkrankenkasse“ eingefügt. b) Absatz 5 wird wie folgt geändert: aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt: „Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker stellt das Verzeichnis und die Änderungen nach Satz 2 auch der nach § 2 Satz 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel gebildeten zentralen Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; die zentrale Stelle hat die Übermittlungskosten zu tragen.“ bb) Nach dem neuen Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt: „Die zentrale Stelle darf das Verzeichnis an die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie die sonstigen Träger von Kosten in Krankheitsfällen weitergeben. Das Verzeichnis darf nur für die in § 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel genannten Zwecke verarbeitet oder genutzt werden.“	8. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses

9. Nach § 295 wird folgender § 295a eingefügt:

„§ 295a

Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b, § 73c oder § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen

(1) Für die Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b, § 73c oder § 140a erbrachten Leistungen sind die an diesen Versorgungsformen teilnehmenden Leistungserbringer befugt, die nach den Vorschriften dieses Kapitels erforderlichen Angaben an den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite als verantwortliche Stelle zu übermitteln, indem diese Angaben entweder an ihn oder an eine nach Absatz 2 beauftragte andere Stelle weitergegeben werden; für den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite gilt § 35 des Ersten Buches entsprechend. Voraussetzung ist, dass der Versicherte vor Abgabe der Teilnahmeerklärung an der Versorgungsform umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung informiert worden ist und mit der Einwilligung in die Teilnahme zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung schriftlich eingewilligt hat. Der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite oder die beauftragte andere Stelle dürfen die übermittelten Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen; sie übermitteln die Daten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern an den jeweiligen Vertragspartner auf Krankenkassenseite.

(2) Der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite darf eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung der in Absatz 1 genannten Leistungen erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragen; § 291a bleibt unberührt. § 80 des Zehnten Buches ist anzuwenden mit der weiteren Maßgabe, dass Unterauftragsverhältnisse ausgeschlossen sind und dass abweichend von dessen Absatz 5 die Beauftragung einer nichtöffentlichen Stelle auch zulässig ist, soweit die Speicherung der Daten den gesamten Datenbestand erfasst; Auftraggeber und Auftragnehmer unterliegen der Aufsicht der nach § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes zuständigen Aufsichtsbehörde. Für Auftraggeber und Auftragnehmer, die nicht zu den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen gehören, gilt diese Vorschrift entsprechend; sie haben insbesondere die technischen und organisatorischen Maßnahmen nach § 78a des Zehnten Buches zu treffen.

(3) Für die Abrechnung von im Notfall erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen darf das Krankenhaus eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragen, sofern der Versicherte schriftlich in die Datenweitergabe eingewilligt hat; § 291a bleibt unberührt. Der Auftragnehmer darf diese Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen. Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

Entwurf

Artikel 4

Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), das zuletzt durch Artikel 6b des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Artikel 5 Nummer 3 wird aufgehoben.
2. Artikel 46 Absatz 12 wird aufgehoben.

Artikel 5

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Dem § 10 Absatz 12 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 4 gilt insoweit nicht.“

Artikel 6

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 97b wird folgender § 97c eingefügt:

„§ 97c

Qualitätssicherung durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.

Bei Wahrnehmung der Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung im Sinne dieses Buches durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. gilt der Prüfdienst als Stelle im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 1 des Ersten Buches. Die §§ 97 und 97a gelten entsprechend.“

2. In § 112 Absatz 3 wird das Wort „berät“ durch die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. beraten“ ersetzt.

3. § 114 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Umfang von 10 Prozent *aller* Prüfaufträge“ eingefügt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 4

unverändert

Artikel 5

unverändert

Artikel 6

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. **Im Inhaltsverzeichnis wird nach der Angabe zu § 97b folgende Angabe eingefügt:**

   „§ 97c Qualitätssicherung durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“.

1. unverändert

2. unverändert

3. § 114 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Umfang von 10 Prozent **der in einem Jahr anfallenden** Prüfaufträge“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert: aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt. bb) In Satz 7 wird die Angabe „§ 23 Absatz 2“ durch die Angabe „§ 23 Absatz 1“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) In Absatz 4 Satz 3 werden nach den Wörtern „durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.	c) u n v e r ä n d e r t
4. § 114a wird wie folgt geändert:	4. § 114a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert: aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt. bb) In Satz 3 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert: aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt. bb) In Satz 4 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt. cc) In Satz 6 wird das Wort „soll“ durch die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sollen“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) In Absatz 4 Satz 4 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.	c) u n v e r ä n d e r t
d) Absatz 5 wird wie folgt gefasst: „(5) Unterschreitet der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte, auf das Bundesgebiet bezogene Prüfquote *aus Gründen*, *die von ihm oder dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu vertreten sind,* beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, anteilig bis zu einem Betrag von 10 Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Das Bundesversicherungsamt stellt jeweils am Ende eines Jahres die Einhaltung der Prüfquote oder die	d) Absatz 5 wird wie folgt gefasst: „(5) Unterschreitet der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte, auf das Bundesgebiet bezogene Prüfquote, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, anteilig bis zu einem Betrag von 10 Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Das Bundesversicherungsamt stellt jeweils am Ende eines Jahres die Einhaltung der Prüfquote oder die Höhe der Unter- oder Überschreitung sowie die Höhe der durchschnittlichen Kosten von

Entwurf

Höhe der Unter- oder Überschreitung sowie die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung *in Abstimmung mit dem Verband* der privaten Krankenversicherung e. V. fest und teilt *diesem* jährlich die Anzahl der durchgeführten Prüfungen und bei Unterschreitung der Prüfquote den Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen mit; der Finanzierungsanteil ergibt sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Differenz zwischen der Anzahl der vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführten Prüfungen und der in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte Prüfquote. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, ist vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. jährlich unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) zu überweisen.“

e) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen *soll* mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. das Nähere über die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., insbesondere über Maßgaben zur Prüfquote, Auswahlverfahren der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung *vereinbaren*.“

f) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienste der Krankenversicherung“ die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienste der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

g) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Bund der Krankenkassen“ die Wörter „und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

bb) Folgender Satz 7 wird angefügt:

„Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Prüfungen im Wege einer Schätzung **nach Anhörung des Verbandes** der privaten Krankenversicherung e. V. **und des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen** fest und teilt **diesen** jährlich die Anzahl der durchgeführten Prüfungen und bei Unterschreitung der Prüfquote den Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen mit; der Finanzierungsanteil ergibt sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Differenz zwischen der Anzahl der vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführten Prüfungen und der in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte Prüfquote. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, ist vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. jährlich unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) zu überweisen**. Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. muss der Zahlungsaufforderung durch das Bundesversicherungsamt keine Folge leisten, wenn er innerhalb von vier Wochen nach der Zahlungsaufforderung nachweist, dass die Unterschreitung der Prüfquote nicht von ihm oder seinem Prüfdienst zu vertreten ist**.“

e) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen **vereinbart bis zum 31. Oktober 2011** mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. das Nähere über die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., insbesondere über Maßgaben zur Prüfquote, Auswahlverfahren der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung**, sowie zur einheitlichen Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen durch den Verband der privaten Krankenversicherung e. V.**“.

f) unverändert

g) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. § 115 wird wie folgt geändert:	5. § 115 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienste der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.	a) unverändert
b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:	b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung“ die Wörter „und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.	aa) unverändert
bb) In Satz 5 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.	bb) unverändert
cc) Satz 9 wird gestrichen und durch die folgenden Sätze ersetzt:	cc) Satz 9 wird gestrichen und durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Die Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Kommt innerhalb von *drei* Monaten ab schriftlicher Aufforderung eines Vereinbarungspartners zu Verhandlungen eine einvernehmliche Einigung nicht zustande, kann jeder Vereinbarungspartner die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Die Frist entfällt, wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und *mindestens zwei* Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene nach einer Beratung aller Vereinbarungspartner die Schiedsstelle einvernehmlich anrufen. Die Schiedsstelle soll eine Entscheidung innerhalb von drei Monaten treffen. Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.“	„Die Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Kommt innerhalb von **sechs** Monaten ab schriftlicher Aufforderung eines Vereinbarungspartners zu Verhandlungen eine einvernehmliche Einigung nicht zustande, kann jeder Vereinbarungspartner die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Die Frist entfällt, wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und **die Mehrheit der** Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene nach einer Beratung aller Vereinbarungspartner die Schiedsstelle einvernehmlich anrufen. Die Schiedsstelle soll eine Entscheidung innerhalb von drei Monaten treffen. Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.“
c) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Stellen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend.“	c) unverändert
6. § 117 wird wie folgt geändert:	6. § 117 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) In *Absatz 1* Satz 1 wird das Wort „und“ durch das Wort „sowie“ ersetzt und *es* werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.	**aa)** In Satz 1 wird das Wort „und“ durch das Wort „sowie“ ersetzt und werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.
	bb) In Satz 3 wird das Wort „und“ durch das Wort „sowie“ ersetzt und werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst“ die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

Entwurf

b) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „und“ durch das Wort „sowie“ ersetzt und es werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

c) In Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

d) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

b) unverändert

c) unverändert

d) unverändert

Artikel 6a

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 30 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „beginnend mit dem Berichtsjahr 2006“ gestrichen und nach dem Wort „Jahres“ ein Komma und die Wörter „die Datenmeldungen nach Absatz 1 Nummer 1, 2, 8 und 9 bis zum 15. April des zweiten und dritten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres“ eingefügt.

2. § 40 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ ein Komma und die Wörter „verringert um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

b) In Nummer 4 werden vor dem Wort „Zahl“ die Wörter „um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerten“ eingefügt.

3. § 41 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 werden nach dem Semikolon die Wörter „ab dem Jahresausgleich für das Jahr 2011 ist das Ergebnis nach Nummer 1 durch die jahresdurchschnittliche, um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerte Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen zu teilen;“ angefügt.

b) In Nummer 3 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und es werden die Wörter „ab dem Jahresausgleich für das Jahr 2011 ist das Ergebnis nach Nummer 2 für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen, um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerten Zahl ihrer Mitglieder zu vervielfachen.“ angefügt.

Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 6b

Überprüfungsregelung

Die Bundesregierung übermittelt dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2014 einen Bericht, der die Wirkungen der Instrumente nach Artikel 1 und Artikel 3 Nummer 1 und 4 auf das Vorkommen von nosokomialen Infektionen und resistenten Krankheitserregern und auf die Einhaltung der Empfehlungen der Kommissionen nach § 23 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes darstellt. Der Bericht ist vom Robert Koch-Institut unter Hinzuziehung von unabhängigen Sachverständigen zu erstellen. Bei der Erstellung des Berichts hat das Robert Koch-Institut die Auswertungsergebnisse nach § 87 Abs. 2a Satz 4 und 5 SGB V sowie die Erkenntnisse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die von ihm nach § 137 Absatz 1a Satz 1 SGB V beschlossenen Maßnahmen und die Ergebnisse der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu berücksichtigen.

Artikel 7

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 3 Nummer 4 Buchstabe b tritt am 1. Januar 2013 in Kraft.

(3) Artikel 4 tritt am 31. Dezember 2011 in Kraft.

Artikel 7

unverändert

Bericht der Abgeordneten Lothar Riebsamen, Bärbel Bas, Harald Weinberg, Lars Lindemann und Dr. Harald Terpe

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 17/5178** in seiner 99. Sitzung am 24. März 2011 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 17/5708** in seiner 108. Sitzung am 12. Mai 2011 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 17/4452** in seiner 87. Sitzung am 27. Januar 2011 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 17/4489** in seiner 99. Sitzung am 24. März 2011 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen.

Zu Buchstabe e

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 17/5203** in seiner 99. Sitzung am 24. März 2011 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz überwiesen.

Unterrichtung auf Drucksache 17/4412

Der Deutsche Bundestag hat die Unterrichtung der Bundesregierung auf **Drucksache 17/4412** gemäß § 80 Absatz 3 GO-BT in seiner 115. Sitzung am 11. Februar 2011 zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Zur Mitberatung hat er die Unterrichtung an den Innenausschuss und den Rechtsausschuss überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu den Buchstaben a und b

Der Gesetzentwurf enthält sowohl infektionsschutzrechtliche als auch sozialversicherungsrechtliche Instrumente zur Verbesserung der Prävention von Krankenhausinfektionen. Daneben enthält er weitere Änderungen des SGB V sowie des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und des SGB XI.

Jährlich erkranken zwischen 400 000 und 600 000 Patienten an einer zumeist durch antibiotikaresistente Keime verursachten Krankenhausinfektion (nosokomiale Infektion), und zwischen 7 500 und 15 000 Patienten sterben in deren Folge. Problematisch ist, dass multiresistente Keime schwer therapierbar sind, eine längere Behandlungsdauer und dadurch auch höhere Behandlungskosten verursachen sowie eine höhere Letalität aufweisen. Die Gesetzesinitianten sind der Auffassung, dass Präventionsmaßnahmen ergriffen werden müssen, um die Zahl der Krankenhausinfektionen zu senken. Einzelne Maßnahmen sind die strikte Einhaltung von Hygieneregeln, die Stärkung von Qualität und Transparenz in der Hygiene, der verantwortungsvolle Umgang mit Antibiotika verbunden mit sektorübergreifenden Präventionsansätzen. Die Länder sollen verpflichtet werden, Krankenhaushygieneverordnungen zu erlassen und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zu Steigerung der Hygienequalität formulieren. Beim Robert Koch-Institut soll zusätzlich zur Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) die Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) eingerichtet werden, deren Empfehlungen rechtlich verbindlich werden sollen. Damit auch in der ambulanten Versorgung dem MRSA-Problem Rechnung getragen wird, sollen im Vertragsarztbereich entsprechende Vergütungsregelungen für die Behandlung infizierter Patientinnen und Patienten sowie für Vorsorgeuntersuchungen bei Risikopatienten entwickelt werden.

Kommt es bei der Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen oder bei Vergütungsverhandlungen zwischen den Krankenkassen und den stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu Streitigkeiten, existierten bisher keine Konfliktlösungsmechanismen. Deshalb sollen für beide Bereiche Schiedsstellenverfahren gesetzlich vorgeschrieben werden.

Die privaten Pflegeversicherer sind bisher nicht verbindlich einem eigenen Prüfdienst an der Qualitätsprüfung im ambulanten und stationären Pflegebereich beteiligt. Durch Änderung der entsprechenden Vorschriften des SGB XI sollen sie künftig in die Qualitätsprüfung eingebunden werden.

Der Bundesrat hat in seiner 882. Sitzung am 15. April 2011 zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/5178 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung genommen (Bundesratsdrucksache 150/11 (Beschluss)).

Der Bundesrat hat in Bezug auf die Regelungen zur Hygiene und zu resistenten Krankheitserregern in seiner Stellungnah-

me punktuelle Verbesserungsvorschläge unterbreitet. Insbesondere hat er vorgeschlagen,

- auch Einrichtungen des Rettungsdienstes einschließlich deren Rettungsfahrzeuge zur Infektionshygiene nach dem Stand der Wissenschaft zu verpflichten,
- Arztpraxen, Zahnarztpraxen sowie Praxen sonstiger Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, zur Aufstellung von Hygieneplänen zu verpflichten,
- den Zuständigkeitsbereich der KRINKO auf spezielle Empfehlungen für Pflegeeinrichtungen nach § 71 SGB XI zu erweitern,
- die Länder zu ermächtigen, die den Einrichtungen nach § 1 Absatz 1 bis 5 des Heimgesetzes vergleichbaren Betreuungs- und Versorgungseinrichtungen festzulegen, die zur Einhaltung der Infektionshygiene verpflichtet und der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt unterworfen werden sollen,
- Bußgeldbewehrungen der Pflicht zur Meldung von nosokomialen Ausbrüchen nach § 6 Absatz 3 IfSG sowie der Vorschriften in Rechtsverordnungen nach § 17 Absatz 4 Satz 1 IfSG vorzusehen,
- eine Anschubfinanzierung des Bundes für den flächendeckenden Ausbau regionaler Netzwerke zum MRE-Management zu gewähren sowie
- Kostenbelastungen der Haushalte von Ländern und Kommunen zu vermeiden.

Zu den weiteren Regelungen des Gesetzentwurfes hat der Bundesrat dahingehend Stellung genommen, dass

- er eine Ergänzung der Regelung nach § 111 Absatz 5 Satz 1a und 1b (neu) SGB V um den Aspekt einer leistungsgerechten Vergütung vorschlägt,
- er bei der Schiedsstellenregelung nach § 111b Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V die Reduzierung der unparteiischen Mitglieder fordert,
- er in Bezug auf die Regelung nach § 111b Absatz 4 SGB V die Begrenzung der Aufsicht auf die Geschäftsführung der Landesschiedsstelle vorschlägt,
- er die Pflicht zur Veröffentlichung der Gehälter von Geschäftsführern der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und ihrer Stellvertreter analog zu den gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Veröffentlichungspflicht der Gehälter von KV- und Krankenkassenvorständen in § 79 Abs. 4 Satz 6 und 7 SGB V bzw. § 35a Abs. 6 Satz 2 und 3 SGB IV fordert,
- er eine Änderung des § 66 SGB X dahingehend vorschlägt, dass die landesunmittelbaren Krankenkassen, die sich über das Gebiet von mehr als einem Land erstrecken, auch außerhalb ihre Sitzlandes durch eigene Vollstreckungskräfte vollstrecken können. Insoweit soll das Vollstreckungsrecht des Bundes Anwendung finden,
- er vorschlägt, die Vertragsparteien auf der Bundesebene zu beauftragen,, bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte im Jahr 2012 für die Krankenhäuser entstehende Folgekosten des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze zu prüfen,
- anstelle einer Beauftragung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der Pflege eine Beteiligung von Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung an Qualitätsprüfungen zu regeln sei und
- eine Konfliktlösung bei der Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen durch eine Rechtsverordnung der Bundesregierung erfolgen solle.

Ferner hat der Bundesrat vorgeschlagen,

- es den zuständigen Gesundheitsbehörden zu ermöglichen, bei Auftreten einer impfpräventablen Krankheit gegenüber Personen ohne Immunschutz ein Schulbesuchsverbot anzuordnen,
- eine Flexibilisierung des Arzneimittelrechts für den Pandemiefall vorzunehmen, insbesondere hinsichtlich einer Weiterverwendung eingelagerter Arzneimittel über das aufgedruckte Verfalldatum hinaus und
- die Frist für die Anschubfinanzierung von Pflegestützpunkten bis zum 31. Dezember 2012 zu verlängern.

Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung mehrere Vorschläge des Bundesrates aufgegriffen. Sie hat eine Prüfung im Rahmen des vorliegenden Gesetzgebungsverfahrens zugesagt hinsichtlich der Einbeziehung der Rettungsdienste einschließlich deren Rettungsfahr-zeuge, hinsichtlich der Erstellung von Hygieneplänen für Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, hinsichtlich einer Bußgeldbewehrung für die Hygieneverordnungen der Länder, hinsichtlich der Pflicht zur Veröffentlichung der Gehälter von Geschäftsführern der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und ihrer Stellvertreter sowie hinsichtlich der Übertragung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsprüfung der Krankenkassen von den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder auf öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtungen (Prüfdienste).

Ferner hat die Bundesregierung zugesagt, zur Regelung in künftigen Gesetzgebungsverfahren ein Schulbesuchsverbot bei Ausbruch impfpräventabler Krankheiten, eine Änderung des § 79 Absatz 5 des Arzneimittelgesetzes, die Anwendung des Vollstreckungsrechts des Bundes auf landesunmittelbare Krankenkassen durch eine Änderung des § 66 Absatz 3 SGB X und gesetzliche Auskunftsbefugnisse der Landesverbände der Krankenkassen gegenüber ihren Mitgliedskassen zur frühzeitigen Identifikation möglicher Haftungsfälle bei Schließung oder Insolvenz zu prüfen.

Im Übrigen ist die Bundesregierung Vorschlägen der Länder in der Stellungnahme des Bundesrates nicht gefolgt.

Zu Buchstabe c

Nach Ansicht der Antragsteller ist es trotz großer Anstrengungen bislang nicht gelungen, durch antibiotikaresistente Keime verursachte Krankenhausinfektionen (nosokomiale Infektionen) flächendeckend einzudämmen. Die Folgen seien zusätzliches Leid für die betroffenen Patientinnen und Patienten, ein gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Krankenhaus und ein massiver wirtschaftlicher Schaden für das Gesundheitssystem. Nur einige Bundesländer hätten durch eine Krankenhaushygieneverordnung diesem Umstand bereits Rechnung getragen. Damit nosokomiale Infektionen

erfolgreich bekämpft werden könnten, müssten bundeseinheitliche Standards formuliert und § 23 IfSG so ergänzt werden, dass genügend Hygienefachärztinnen und -ärzte sowie Hygienefachpflegekräfte in Krankenhäuser eingesetzt würden. Die Bundesregierung wird deshalb aufgefordert, entsprechende Gesetzesänderungen vorzunehmen und die Bundesländer bei der Formulierung anforderungsgerechter Krankenhaushygieneverordnungen zu unterstützen.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller stellen fest, dass insbesondere durch multiresistente Keime verursachte Krankenhausinfektionen eine der häufigsten Todesursachen sind. Die Infektionszahlen hätten sich von 2003 bis 2009 verfünffacht. Ursache seien u. a. die Personalpolitik der Krankenhäuser, die Reduzierung der Lehrstühle für Hygiene und Umweltmedizin, fehlende Hygieneverordnungen in einigen Bundesländern und der unkontrollierte Einsatz von Antibiotika sowohl in der Human- als auch in der Tiermedizin. Zur Vorbeugung von Infektionen und zur Bekämpfung antibiotikaresistenter Keime müsse eine umfassende Strategie entwickelt werden, durch die auch Einsparungen im Gesundheitssystem erzielt werden könnten. Erforderlich seien Änderungen im Infektionsschutzgesetz, neue Finanzierungsregelungen, eine Kooperation mit den Ländern sowie die Sanktionierung der Nichteinhaltung der Hygiene-Richtlinien des Robert Koch-Instituts und die Einführung einer umfassenden Meldepflicht. Parallel müssten die Krankenhäuser verstärkt Hygieneärztinnen und -ärzte sowie qualifizierte Hygienefachkräfte beschäftigen. Außerdem müsse die universitäre Ausbildung von Hygienikern verstärkt werden. Um Antibiotika-Resistenzen zu minimieren, seien Leitlinien zum Antibiotika-Einsatz im stationären und ambulanten Bereich sowie eine Reglementierung der Antibiotika-Anwendung in der Tierhaltung auch auf europäischer Ebene erforderlich. Die aus dem Maßnahmenbündel resultierenden Mehrausgaben insbesondere bei den Kommunen müssten über entsprechende Vereinbarungen finanziert werden.

Zu Buchstabe e

Die Antragsteller weisen darauf hin, dass das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten Infektionen mit multiresistenten Erregern für das gravierendste gesundheitspolitische Problem in Europa halten. An diesen Infektionen erkrankten im Krankenhaus jährlich zwischen 500 000 und 1 Million Menschen, und 7 500 bis 40 000 Patientinnen und Patienten sterben daran. Die Gründe hierfür sind nach Ansicht der Antragsteller die unzureichende Prävention und Kontrolle in Krankenhäusern, die mangelhafte oder fehlende Umsetzung der Empfehlungen der KRINKO, das fehlende Screening von Risikopatientinnen und -patienten, die mangelhafte personelle Ausstattung von Kliniken mit Hygienefachpersonal, die fehlenden Fortbildungs- und Beratungsangebote zu Hygiene und Antibiotika-Management sowie der teilweise überflüssige Einsatz von Antibiotika sowohl in der Humanmedizin als auch in der Tiermast. Die Antragsteller fordern deshalb das Infektionsschutzgesetz dahingehend zu ändern, dass künftig bei Risikopatientinnen und -patienten bei der Einweisung in ein Krankenhaus ein Screening auf multiresistente Erreger vorgeschrieben wird und im Bedarfsfall die entsprechenden Konsequenzen insbesondere im Hinblick auf Sanierungsmaßnahmen gezogen werden. Zudem sollen bei Entlassung der Patientin oder des Patienten alle relevanten Informationen an den behandelnden Arzt oder die aufnehmende Einrichtung weitergeleitet werden müssen. Ferner soll die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) überarbeitet, Maßnahmen für einen rationalen Antibiotika-Einsatz ergriffen, ein Aktionsplan „Krankenhaushygiene" unter Einbeziehung der Länder entwickelt und regionale ambulante und stationäre Netzwerke finanziert und beratend unterstützt werden. In der Tiermast soll der Antibiotika-Einsatz reglementiert und eine Studie zu den Übertragungswegen multiresistenter Keime in Auftrag gegeben werden.

Zu der Unterrichtung auf Drucksache 17/4412

Dem Bewertungsausschuss wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in § 87 Absatz 8 SGB V der Auftrag erteilt, die Umsetzung von § 87a Absatz 6 SGB V (Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) und § 87b Absatz 4 SGB V (Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumen) in Bezug auf den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit unter Einbeziehung der Möglichkeit von Verfahren der Pseudonymisierung zu evaluieren. Die Ergebnisse sollten dem BMG bis zum 30. Juni 2010 vorgelegt werden. Das BMG hatte auf dieser Basis der Evaluation des Bewertungsausschusses bis zum 31. Dezember 2010 dem Deutschen Bundestag einen Bericht vorzulegen. In seinem Evaluationsbericht kommt der Bewertungsausschuss zu dem Ergebnis, dass für die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und für die Regelleistungsvolumen keine neuen verichertenbezogenen Datenübermittlungspflichten der Krankenkassen im Sinne des § 87a Absatz 6, des § 87b Absatz 4 SGB V begründet worden seien, sondern weitgehend auf bereits vorhandene, nicht personenbezogene Daten zurückgegriffen werde.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Innenausschuss** hat in seiner 44. Sitzung am 8. Juni 2011 mit den Stimmen aller Fraktionen beschlossen, die Kenntnisnahme der Unterrichtung auf Drucksache 17/4412 zu empfehlen.

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 53. Sitzung am 8. Juni 2011 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/5178 in der vom Ausschuss geänderten Fassung (Ausschussdrucksachen 17(14)120 und 17(14)139) anzunehmen. Ferner hat der Rechtsausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, die Änderungsanträge der Fraktion der SPD auf Ausschussdrucksache 17(14)141 abzulehnen. Ferner hat der Rechtausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Ausschussdrucksachen 17(14)120 und 17(14)139 anzunehmen. Ferner hat der Rechtsausschuss mit den Stimmen aller Fraktionen be-

schlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/5708 für erledigt zu erklären. Ferner hat der Rechtsausschuss mit den Stimmen aller Fraktionen beschlossen die Kenntnisnahme der Unterrichtung auf Drucksache 17/4412 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz** hat in seiner 42. Sitzung am 8. Juni 2011 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD empfohlen, den Antrag auf Drucksache 17/4489 abzulehnen. Ferner hat der Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE. empfohlen, den Antrag auf Drucksache 17/5203 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 43. Sitzung am 8. Juni 2011 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD empfohlen, den Antrag auf Drucksache 17/4489 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 32. Sitzung die Beratungen zu dem Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/4452 aufgenommen.

In seiner 36. Sitzung am 6. April 2011 hat der Ausschuss die Beratungen zu dem Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/4452 fortgesetzt sowie die Beratungen zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/5178, zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/4489 sowie zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN aufgenommen. In der gleichen Sitzung hat der Ausschuss beschlossen, zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 17/5178 sowie zu den Anträgen auf Drucksachen 17/4452, 17/4489 und 17/5203 eine Anhörung durchzuführen.

In seiner 37. Sitzung am 13. April 2011 hat der Ausschuss die Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksache 17/5178 sowie zu den Anträgen auf Drucksachen 17/4452, 17/4489 und 17/5203 fortgesetzt.

Die Anhörung zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 17/5178 sowie zu Drucksachen 17/4452, 17/4489 und 17/5203 fand in der 39. Sitzung am 9. Mai 2011 statt. Als Sachverständige waren eingeladen: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Berufsverband Deutscher Hygieniker e. V. (BDH), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM), Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e. V. (DGI), Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V. (DGKH), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Hausärzteverband e. V., Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (EKD), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD), Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V. (PVS), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Vereinigung der Hygienefachkräfte der Bundesrepublik Deutschland e. V. (VHD). Außerdem waren als Einzelsachverständige Prof Dr. Alex Friedrich, Dr. Nils-Olaf Hübner, Prof. Dr. Thomas Kistemann, Prof. Dr. Walter Popp, Dr. Martin Wagler, Dr. Thilo Weichert und Dr. Klaus-Dieter Zastrow eingeladen. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss hat in seiner 43. Sitzung am 8. Juni 2011 die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 17/5178 sowie zu den Anträgen auf Drucksachen 17/4452, 17/4489 und 17/5203 fortgesetzt und abgeschlossen. Ferner hat er die Beratungen zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/5708 und zu der Unterrichtung der Bundesregierung auf Drucksache 17/4412 aufgenommen und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/5178 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen. Den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/5708 empfiehlt der Ausschuss einvernehmlich für erledigt zu erklären.

Weiter empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 17/4452 abzulehnen.

Weiter empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD, den Antrag auf Drucksache 17/4489 abzulehnen.

Weiter empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD, den Antrag auf Drucksache 17/5203 abzulehnen.

Weiter nimmt der Ausschuss einvernehmlich die Unterrichtung auf Drucksache 17/4412 zur Kenntnis.

Der Ausschuss hat 22 Änderungsanträge zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Ausschussdrucksachen

17(14)0120 und 17(14)0139 beschlossen. Diese umfassen folgende Punkte:

1. Wiederholungsbelehrungen nach § 43 Absatz 4 IfSG sind lediglich alle zwei Jahre vorzunehmen.

2. Um zu vermeiden, dass insbesondere die Versicherten und Leistungserbringer im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse auf die Befriedigung fälliger Forderungen warten müssen, wird mit der Regelung des § 171d Absatz 6 – neu – SGB V klargestellt, dass der GKV-Spitzenverband zur Zwischenfinanzierung ein Darlehen aufnehmen kann.

3./4./5. Im Hinblick auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen und die Durchführung des Sozialausgleichs wird in § 242 Absatz 4 und Absatz 5 SGB V klargestellt, dass diejenigen nichterwerbstätigen Hilfebedürftigen, die aufgrund von Vorversicherungszeiten den Pflichtversicherungstatbestand nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 erfüllen, den Zusatzbeitrag nicht selbst zu tragen haben und, dass auch Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Zusatzbeitrag befreit werden. Durch eine Änderung des § 242a Absatz 1 SGB V werden bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags im Hinblick auf die prognostizierte Unterdeckung diejenigen Mitglieder nicht berücksichtigt, von denen eine Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 5 SGB V nicht erhoben wird. In § 242b Absatz 6 SGB V wird klargestellt, dass auch Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz vom Sozialausgleich ausgeschlossen sind, weil deren Zusatzbeiträge vollständig von Dritten übernommen werden; zudem wird eine melderechtliche Regelung im Hinblick auf den Bezug von Grundsicherung im Alter nach dem SGB XII oder von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB II getroffen.

6. Mit der Regelung des § 295a – neu – SGB V wird im Anschluss an die zum 1. Juli 2011 auslaufenden Übergangsregelungen eine bereichsspezifische Befugnisnorm für die Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken im Rahmen der Selektivverträge, der integrierten Versorgungsformen und der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus geschaffen.

7. Die Änderung in § 30 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) stellt klar, dass es für die Durchführung des Korrekturverfahrens nach § 266 Absatz 6 Satz 6 SGB V erforderlich ist, neben Daten aus dem zweiten auch Daten aus dem dritten des der Korrektur vorausgehenden Jahres zu übermitteln. Analog zur Änderung in § 242a Absatz 1 SGB V werden bei der Berechnung des mitgliederbezogenen Veränderungsbetrags diejenigen Mitglieder nicht berücksichtigt, von denen eine Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 5 SGB V nicht erhoben wird (Änderungen §§ 40 und 41 RSAV).

8. Empfehlungen der Kommission KRINKO und der Kommission ART werden nach § 23 Absatz 1 und Ansatz 2 IfSG unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt.

9. Rechtsverordnungen der Länder nach § 23 Absatz 8 IfSG sind bis zum 31. Dezember 2011 zu erlassen.

10. Zur Überprüfung der hygienebezogenen Bestimmungen des Gesetzentwurfes legt die Bundesregierung dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2014 einen Bericht des Robert Koch-Institutes vor.

11. Mit der Ergänzung des § 279 Absatz 4 und des § 282 Absatz 3 SGB V wird entsprechend einer Forderung des Bundesrates eine Pflicht zur Veröffentlichung der Vergütungen der Geschäftsführer der Medizinischen Dienste und ihrer Stellvertreter geschaffen und darüber hinaus auf die entsprechenden Organe des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erstreckt.

12. Der GKV-Spitzenverband Bund ist bei der Feststellung der Prüfkosten durch das BVA zu beteiligen; die Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband Bund und Verband der privaten Krankenversicherung ist verbindlich zu treffen; sie soll auch die Veröffentlichung von Transparenzergebnissen durch den Verband der privaten Krankenversicherung regeln.

13. Die Verhandlungsfrist vor Anrufung der Schiedsstelle nach § 115 Absatz 1a SGB XI wird auf sechs Monate verlängert; die Legitimationsgrundlage für eine Verkürzung der Frist zur Anrufung der Schiedsstelle wird verbreitert, indem eine Mehrheit der Verbände der Leistungserbringer zustimmen muss.

14. In Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren ist der Verbrauch von Antibiotika zu erfassen und zu bewerten.

15. Die Länder werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung vorschreiben, dass auch für Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe Hygienepläne zu erstellen haben.

16. Bezüglich des Vorhandenseins von Hygienefachpersonal in den Krankenhäusern haben die Länder in ihren Rechtsverordnungen nach § 23 Absatz 8 IfSG Übergangslösungen vorzusehen.

17. Die Aufzählung von Einrichtungen in § 36 Absatz 1 IfSG wird redaktionell angepasst.

18. Zuwiderhandlungen gegen Verordnungen nach § 17 Absatz 4 IfSG können die Länder bußgeldbewehrt machen.

19. Das Bundesministerium für Gesundheit und die obersten Verwaltungsbehörden der Länder erhalten in § 274 SGB V die Möglichkeit, auch die Prüfung der Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, die der Aufsicht des BVA beziehungsweise der Aufsicht der Länder unterstehen, auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung zu übertragen.

20. Das Inhaltsverzeichnis des SGB XI wird durch die Einfügung der Angabe zum neuen § 97c redaktionell angepasst.

21. Die Bezugsgröße für die Zahl der Prüfaufträge, die ein Jahr beträgt, wird in § 114 SGB XI klargestellt.

22. Es wird in § 117 Absatz 1 SGB XI klargestellt, dass der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversi-

cherung e. V. verpflichtet ist, in den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften mitzuwirken.

Die diesen Änderungen zu Grunde liegenden Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (Ausschussdrucksachen 17(14)120 und 17(14)139) wurden einzeln zur Abstimmung gestellt.

1. Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 10a (Wiederholungsbelehrung nach § 43 Absatz 4 IfSG lediglich alle zwei Jahre) wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

2. Änderungsantrag zu Artikel 3 Nummer 4a neu (§ 171d SGB V; befristete Darlehensaufnahme durch den GKV-Spitzenverband im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

3. Änderungsantrag zu Artikel 3 Nummer 4b (§ 242 Absatz 4 und 5 SGB V; Übernahme des Zusatzbeitrags für Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen; kein Zusatzbeitrag für Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden) wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

4. Änderungsantrag zu Artikel 3 Nummer 4c (§ 242a Absatz 1 SGB V; keine Berücksichtigung von Personen, für die kein Zusatzbeitrag erhoben wird beim durchschnittlichen Zusatzbeitrag) wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

5. Änderungsantrag zu Artikel 3 Nummer 4d (§ 242b Absatz 6 SGB V; Ausschluss vom Sozialausgleich für Bezieher und Bezieherinnen von Leistungen nach dem AsylbLG/Meldepflicht der Krankenkassen über den Bezug von Grundsicherung im Alter nach dem SGB XII oder von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB II an die den Beitrag abführenden Stellen) wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

6. Änderungsantrag zu Artikel 3 Nummer 9 – neu – (§ 295a SGB V; Befugnisnorm für die Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken im Rahmen der Selektivverträge und der integrierten Versorgung sowie der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus) wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

7. Änderungsantrag zu Artikel 6a – neu – (§§ 30, 40, 41 RSAV; Datenübermittlung zum Korrekturverfahren und Bereinigung der mitgliederbezogenen Veränderungen der Zuweisungen) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

8. Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 23 IfSG; Aktualisierung der Empfehlung der Kommissionen KRINKO und ART) wurde mit den Stimmen aller Fraktionen angenommen.

9. Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 23 IfSG; Frist zum Erlass von Rechtsverordnungen) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

10. Änderungsantrag zu Artikel 6b (Evaluation) wurde mit den Stimmen aller Fraktionen angenommen.

11. Änderungsantrag zu Artikel 3 Nummer 4e – neu – (§ 279 Absatz 4; Veröffentlichungspflicht der Vergütungen der Geschäftsführer der Medizinischen Dienste und ihrer Stellvertreter) wurde mit den Stimmen aller Fraktionen angenommen.

12. Änderungsantrag zu Artikel 6 Nummer 4 (§ 114a SGB XI; Beteiligung GKV-Spitzenverband Bund bei Feststellung Prüfkosten durch BVA; verbindliche Vereinbarung GKV/PKV; Veröffentlichung von Transparenzergebnissen durch PKV-Verband) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

13. Änderungsantrag zu Artikel 6 Nummer 5 (§ 115 Absatz 1a; Verhandlungsfrist vor Anrufung) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

14. Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 2, 8 und 11 (IfSG; Erfassung und Bewertung des Antibiotika-Verbrauchs) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

15. Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 23 IfSG; Hygienepläne auch für Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

16. Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 23 Absatz 8 Nummer 3 und 4 IfSG; Übergangsregelung bezüglich des Hygienefachpersonals) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

17. Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 36 Absatz 1 IfSG; redaktionelle Korrektur in der Aufzählung der

Einrichtung) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

18. Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 73 Absatz 1 Nummer 24 IfSG; Bußgeldbewehrung von Verstößen gegen Verordnungen nach § 17 Absatz 4 Satz 1 IfSG) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

19. Änderungsantrag zu Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und FDP Artikel 3 Nummer 4f – neu – (§ 274 SGB V; Übertragung der Prüfung von Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

20. Änderungsantrag zu Artikel 6 Nummer 0 (SGB XI; Inhaltsverzeichnis) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

21. Änderungsantrag zu Artikel 6 Nummer 3 (§ 114 SGB XI; Beteiligung der PKV an Qualitätsprüfungen) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

22. Änderungsantrag zu Artikel 6 Nummer 6 (§ 117 Absatz 1; Beteiligung PKV-Prüfdient an Arbeitsgemeinschaften) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Darüber hinaus lagen dem Ausschuss weitere Änderungsanträge der Fraktion der SPD (Ausschussdrucksache 17(14)141) vor, die ebenfalls einzeln abgestimmt wurden:

– Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 23 IfSG)

Artikel 1 Nummer 8 (§ 23 IfSG) wird wie folgt geändert:

§ 23 Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Die Empfehlungen der Kommission umfassen die Definition von Risikopatientengruppen, die bei der ambulanten Behandlung oder Aufnahme in Krankenhäusern auf Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen zu untersuchen sind sowie entsprechende Richtlinien zu Sanierungs- und Behandlungsverfahren für Besiedelte und Infizierte in Krankenhäusern. Die Empfehlungen der Kommission werden vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden und des Robert Koch-Institutes nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.“

Begründung:

Eingangsscreenings von Risikopatienten mit anschließender Isolierung bis zu einem negativen Ergebnis oder einer erfolgreichen Sanierung sind eine international erfolgreich umgesetzte Strategie zur Reduzierung von Infektionen mit multiresistenten Erregern in medizinischen Einrichtungen. In den Niederlanden ist es mit dieser Strategie und weiteren Hygienemaßnahmen gelungen, die Krankenhäuser nahezu frei von multiresistenten Keimen zu halten und die MRSA-Prävalenz unter 1 Prozent zu drücken. Auch wenn Eingangsscreenings, präventive Schutzmaßnahmen und die Sanierung im Vergleich zum bisherigen Vorgehen bei der Aufnahme in Krankenhäusern einen zusätzlichen Aufwand bedeuten, kann vor dem Hintergrund der hohen MRSA-Prävalenz in Deutschland und den positiven Erfahrungen in anderen Ländern davon ausgegangen werden, dass durch die dadurch vermiedenen Infektionen den Krankenhäusern erhebliche Kosten und vielen Patienten unnötige Leiden erspart bleiben.

Laut einer auf InEK-Daten basierenden Studie von Resch et al. (2009) kosten MRSA-Patienten die Krankenhäuser im Durchschnitt 8.200 Euro mehr als Nicht-MRSA-Patienten. Auf der Basis der NRZ-Zahlen (92.000 Fälle) errechnen die Autoren damit zusätzliche Gesamtkosten für die Krankenhäuser in Höhe 760 Millionen Euro jährlich. Aktuelle Prävalenzdatenerhebungen der letzten zwei Jahre zeigen jedoch, dass wahrscheinlich 2 Prozent der stationären Patienten (360.000) MRSA-Träger sind. Damit würden sich die zusätzlichen Kosten auf 2,9 Milliarden Euro pro Jahr belaufen.

Auf Basis dieser Zahlen würde sich sogar das Screening aller 18 Millionen stationärer behandelter Patienten rechnen. Ein negatives Screening ist mit etwa 2 Euro, d. h. insgesamt 36 Millionen Euro, zu beziffern. Bei etwa 2 Prozent positiven Patienten kämen noch einmal ca. 30 Euro Kosten für den Positiv-Nachweis hinzu, d. h. 11 Millionen Euro zusätzlich. Auf Basis der Daten von Resch würde sich das Screening damit bereits amortisieren, wenn man nur 5.000 Fälle verhindert von insgesamt 360.000.

Da Eingangsscreenings eine besondere Bedeutung bei der Infektionsprävention zu kommt, ist es geboten, im Gesetz selbst auf sie hinzuweisen und klarzustellen, dass sie zu den Mindeststandards in der Hygiene in Krankenhäusern und vergleichbaren medizinischen Einrichtungen gehören.

Der Änderungsantrag wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

– Änderungsantrag zu Artikel 3 Nummer 1 (§ 87 SGB V)

Artikel 3 Nummer 1 Buchstabe a (§ 87 SGB V) wird durch folgende Formulierung ersetzt:

§ 87 wird wie folgt geändert:

Dem Absatz 2a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Bis spätestens zum 31. Oktober 2011 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2012 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen an Patientinnen und Patienten mit einer stationär begonnen Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) Eradikationstherapie oder einer in Folge einer stationären Behandlung festgestellten MRSA-Trägerschaft zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation vergütet werden. Die Vergütungsvereinbarung ist auf zwei Jahre zu befristen; eine Anschlussregelung ist bis zum 31. Oktober 2013 zu treffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsbezogen über Auswertungsergebnisse der Regelung nach Satz 3. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts nach Satz 5 sowie zur Auswertung der anonymisierten Dokumentationen zum Zwecke der Versorgungsforschung bestimmen; es kann auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage des Berichts beauftragen. Im Übrigen gilt die Veröffentlichungspflicht gemäß § 136 Absatz 1 Satz 2.“

Begründung:

Für den Erfolg von ambulanten Screening- und Sanierungsmaßnahmen in der Bevölkerung fehlt die Evidenz. Screening- und Sanierungsmaßnahmen unmittelbar vor stationären Krankenhausaufenthalten sind zudem dort durchzuführen. Lücken in der Informationsübermittlung oder unklare Sanierungserfolge legen ein grundsätzliches Screening bei Aufnahme in jedem Fall nahe. Insofern sind ambulante Maßnahmen vor der Einweisung irrelevant.

Allerdings gibt es bisher keine Möglichkeit und auch keine Verpflichtung, MRSA-Träger nach einer stationären Behandlung und einer ggf. stationär begonnen MRSA-Eradikationstherapie nach Entlassung ambulant weiter zu behandeln. Eine solche Weiterbehandlung ist medizinisch notwendig. Erfolgt sie nicht, machen auch stationär begonnen Therapien weder medizinisch noch wirtschaftlich Sinn. Hierfür ist daher eine Abrechnungsmöglichkeit zu schaffen. Auf die MRSA-Trägerschaft und die begonnen Therapie ist dabei von der entlassenden oder überweisenden Einrichtung oder dem Arzt entsprechend hinzuweisen.

Der Änderungsantrag wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

– Änderungsantrag zu Artikel 5a neu (§ 17b KHG)

Nach Artikel 5 wird folgender Artikel 5a eingefügt:

Artikel 5a

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel des Gesetzes vom geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 17b Absatz 1 Satz 5 wird wie folgt neu gefasst:

„Für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen der Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 SGB V und die Beteiligung an Fehlermeldesystemen sind Zuschläge zu vereinbaren; für die nach der Einführung mit den Indikatoren nach §137 Absatz 1a Satz 1 SGB V gemessenen Ergebnisse sind Zu- und Abschläge zu vereinbaren; bei Versäumnissen im Bereich der Krankenhaushygiene insbesondere im Sinne von § 23 Absatz 3 IfSG sind Abschläge zu vereinbaren; Zu- und Abschläge können auch in die Fallpauschalen eingerechnet werden.“

Begründung:

Mit dieser Vorschrift werden die Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität in Krankenhäusern nach §137 Absatz 1a Satz 1 SGB V sowie die Verpflichtung aus §23 IfSG Absatz 3, die RKI-Empfehlungen umzusetzen, mit Zu- und Abschlägen in der Vergütung belegt. Dies dient der Versorgungsqualität für die Patienten, verleiht dem Infektionsschutzes in den Einrichtungen zusätzliches Gewicht und setzt für die Einrichtungen Anreize, zusätzliche Hygiene Maßnahmen zu ergreifen.

Für besonderes gute Ergebnisse, hohe Hygienestandards und niedrige risikoadjustierte Infektionszahlen können mit den Leistungsträgern Vergütungszuschläge vereinbart werden. Gemeinsam mit der Veröffentlichung dieser guten Ergebnisse bilden sie einen Anreiz für die Einrichtungen, die Vorschriften nicht nur einzuhalten, sondern darüber hinaus weitergehende oder innovative Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenhaushygiene zu ergreifen. Wird aber festgestellt, dass eine Einrichtung bei den Indikatoren schlechte Ergebnisse liefert, die Infektionszahlen trotz Risikoadjustierung über dem Durchschnitt liegen, die RKI-Empfehlungen nicht umfänglich umgesetzt werden oder andere Anzeichen für Versäumnisse vorliegen, sind diese mit Vergütungsabschlägen zu belegen. Die näheren Einzelheiten regeln die Vertragspartner auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft und Spitzenverband Bund der Krankenkassen).

Der Änderungsantrag wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

– Änderungsantrag zu Artikel 6

Artikel 6 (SGB XI) ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 1 ist zu streichen.

b) Nummer 2 ist zu streichen.

c) Nummer 3 Buchstabe a, Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und Buchstabe c sind zu streichen.

d) Nummer 4 ist wie folgt zu ändern:

aa) Buchstabe a ist zu streichen.

bb) Buchstabe b ist zu streichen.

cc) Buchstabe c ist zu streichen.

dd) In Buchstabe d ist § 114a Absatz 5 Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Sofern Qualitätsprüfungen ohne Beteiligung von Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführt wurden, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, mit bis zu 10 Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.“

ee) In Buchstabe e ist in § 114a der neu einzufügende Absatz 5a wie folgt zu fassen:

„(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. das Nähere über die Beteiligung an den Qualitätsprüfungen. Die Vereinbarung regelt insbesondere Inhalt, Umfang und Verfahren der Beteiligung sowie die Berechnung des Finanzierungsanteils, sofern § 114a Absatz 5 Satz 3 nicht zutrifft. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 bis 31. Dezember 2011 nicht zustande, wird das Nähere durch Rechtsverordnung der Bundesregierung geregelt.“

ff) Buchstabe f ist zu streichen.

gg) Buchstabe g ist zu streichen.

e) Nummer 5 ist wie folgt zu ändern:

aa) Buchstabe a ist zu streichen.

bb) Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb sind zu streichen.

cc) Buchstabe c ist zu streichen.

f) Nummer 6 ist zu streichen.

Begründung:

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ist bereits heute auf Verlangen an den Qualitätsprüfungen zu beteiligen. Die Ausgestaltung der Beteiligung ist streitig und bedarf der Konkretisierung.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. hat zu den Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einen Beitrag zu leisten. Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. kann sich dazu an den Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung beteiligen oder einen finanziellen Ausgleich leisten.

Die Konkretisierung der Beteiligung einschließlich der Finanzierung im Falle einer fehlenden Beteiligung ist zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. binnen eines auskömmlichen Zeitrahmens eigenverantwortlich zu vereinbaren. Nur dann, wenn die Selbstverwaltung sich nicht einigt, ist im Wege einer Rechtsverordnung das Beteiligungsrecht zu konkretisieren.

In der Vereinbarung soll die Selbstverwaltung insbesondere zu Inhalt und Umfang der Beteiligung und auch zum Verfahren verbindliche Regelungen treffen, die eine reibungslose Zusammenarbeit der Beteiligten ermöglichen. § 114a Absatz 5 Satz 3 SGB XI trifft zu, wenn sich der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nicht an den Qualitätsprüfungen beteiligt. In der Vereinbarung ist daher auch die Berechnung des Finanzierungsanteils zu regeln, wenn sich der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. teilweise, aber nicht hinreichend im Sinne der Vereinbarung beteiligt.

Der Änderungsantrag wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

– Änderungsantrag zu Artikel 6 Nummer 5

Artikel 6 Nummer 5 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc (§ 115 SGB XI) erhält folgende Fassung:

Satz 9 wird gestrichen und durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind an den medizinisch-pflegerischen Fortschritt anzupassen. Kommt innerhalb von drei Monaten ab schriftlicher Aufforderung eines Vereinbarungspartners zu Verhandlungen eine einvernehmliche Einigung nicht zustande, bestimmt die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse durch Rechtsverordnung. Die schriftliche Aufforderung zu Verhandlungen ist beim Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich anzuzeigen. Einigen sich die Vereinbarungspartner nach Erlass der Rechtsverordnung einvernehmlich auf Vereinbarungen der Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse, bedürfen die Vereinbarungen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Nach der Zustimmung zu der neuen Vereinbarung ist die Bundesregierung verpflichtet, die Rechtsverordnung aufzuheben. Vor Erlass der Rechtsverordnung sind die Vereinbarungspartner und die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, die unabhängigen Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene anzuhören.“

Begründung:

Die Regelung stellt sicher, dass notwendig werdende Weiterentwicklungen der Transparenzvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a SGB XI auch bei fehlendem Einvernehmen unter den Vereinbarungspartnern umgesetzt werden können. Anders als bei Verhandlungen in einer Schiedsstelle ist gewährleistet, dass die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse in eine effektive und rechtssichere Regelung einfließen. Eine Schiedsstelle ist ein Instrument zur Findung von Kompromissen. Die Qualität der Leistungserbringung in Pflegeeinrichtungen darf jedoch nicht Gegenstand von Kompromissen sein. Die Anpassung an die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse ist von besonderer Bedeutung für die Güte und Akzeptanz des Veröffentlichungsprozesses. Einigen sich die Verein-

barungspartner auf eine neue Transparenzvereinbarung, nachdem die Bundesregierung die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik durch Rechtsverordnung bestimmt hat, ist die Genehmigung der neuen Vereinbarung durch das Bundesministerium für Gesundheit erforderlich. Im Falle der Genehmigung gilt die neue Vereinbarung, sobald die Bundesregierung die Rechtsverordnung aufgehoben hat.

Der Änderungsantrag wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 17/5178 lag dem Ausschuss für Gesundheit eine Petition vor, zu der der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte. Der Petent fordert erstens sofortige Maßnahmen zur Abwehr von Nosokomialinfektionen und zur Vermeidung entsprechender Gefährdungssituationen für Patienten in stationären Einrichtungen, zweitens fordert er die Einführung einer Meldepflicht für nosokomiale Infektionen und drittens den Einsatz von Fachgutachtern für Infektiologie, Bakteriologie oder Antibiotika-Therapie bei Medizinhaftungsfällen vor Gericht. Das vorliegende Gesetz hat zum Ziel, durch Maßnahmen, wie die Einrichtung der Kommission ART beim Robert Koch-Institut, deren Empfehlungen rechtlich verbindlich werden, die Erweiterung der Richtlinie zur Qualitätssicherung des G-BA um Vorgaben zur Steigerung der Hygienequalität oder die Verpflichtung der Länder, Krankenhaushygieneverordnungen zu erlassen, künftig nosokomiale Infektionen zu verhindern. Zudem werden im Vertragsarztbereich Verhütungsregeln für die Behandlung infizierter Patientinnen und Patienten sowie für Vorsorgeuntersuchungen bei Risikopatienten entwickelt. Die Meldepflicht eines gehäuften Auftretens nosokomialer Infektionen an das Gesundheitsamt besteht bereits nach § 6 Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes. Diese wird durch das vorliegende Gesetzt dahingehend erweitert, dass das Gesundheitsamt die gemeldeten Fälle detailliert an die zuständige Landesbehörde und diese wiederum an das Robert Koch-Institut weiterleiten muss.

Zu dem Antrag auf Drucksache 17/4452 lag dem Ausschuss für Gesundheit ebenfalls eine Petition vor, zu der der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte. Der Petent sprach sich dafür aus, im Rahmen der Infektionsprävention das Tragen von Ärztekitteln in Kantinen gesetzlich zu verbieten. Hierzu hat der Ausschuss für Gesundheit festgestellt, dass sowohl im Infektionsschutzgesetz (§ 36 Absatz 1 Satz 1 IfSG) und in der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention als auch in den Vorschriften des Arbeitsschutzes diesem Sachverhalt bereits Rechnung getragen werde, so dass eine weitere gesetzliche Regelung nicht erforderlich sei.

Die **Fraktion der CDU/CSU** führte aus, das deutsche Gesundheitssystem habe zwar einen hohen Qualitätsstandard, beim Infektionsschutz gebe es jedoch noch Verbesserungspotentiale, die mit dem Gesetzentwurf angegangen würden. Es sei zu begrüßen, dass die Oppositionsfraktionen dem Gesetzentwurf grundsätzlich nicht ablehnend gegenüber stünden, was die Wichtigkeit unterstreiche. Die Länder müssten jetzt handeln und entsprechende Hygieneverordnungen erlassen und ihre Gesundheitsämter, die u. a. die Einhaltung der Hygienepläne der Praxen überwachen sollten, entsprechend personell ausstatten. Die rechtliche Verbindlichkeit der Empfehlungen der Kommissionen KRINKO und ART und die permanente Weiterentwicklung der Empfehlungen unter Berücksichtigung infektionsepidemiologischer Erkenntnisse und insbesondere im Hinblick auf den Antibiotika-Einsatz sei ein wichtiges Instrument, um die Hygienestandards zu steigern und die Infektionszahlen zu reduzieren. Ob es sinnvoll sei, bei Risikopatienten ein Eingangs-Screening bei Krankenhausaufnahme durchzuführen, liege zunächst im Ermessen der Krankenhäuser. Krankenhäuser, die verantwortlich und wirtschaftlich handelten, würden bereits Screenings bei Risikopatienten durchführen. Im Übrigen sei für das Gesetz eine Evaluierung im Jahr 2014 vorgesehen. Dadurch sei es möglich, aus den bis zu diesem Zeitpunkt gemachten Erfahrungen entsprechende Schlüsse zu ziehen und gegebenenfalls weitere Änderungen vorzunehmen.

Die **Fraktion der FDP** wies darauf hin, dass die Notwendigkeit einer Änderung des Infektionsschutzgesetzes von allen Fraktionen gesehen werde. Auch die Opposition habe sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt. Der Gesetzentwurf greife einige Vorschläge auf. Im Vergleich mit den Anträgen und Änderungsanträgen der Oppositionsfraktionen biete der Gesetzentwurf jedoch sachgerechtere Lösungen. Die Neuregelungen vereinheitlichten die Hygienevorschriften und machten sie rechtsverbindlich. Dies sei ein wichtiger Schritt zur Hygieneverbesserung im ambulanten und stationären Bereich. Zudem sichere die Koalition die Finanzierung der ambulanten Behandlung von infizierten Patienten, die Beteiligung der privaten Pflegeversicherung an den Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen sowie die Einführung einer Schiedsstellenlösung im Rahmen der Pflegetransparenz-Vereinbarung, so dass das Verfahren in der Zuständigkeit der Selbstverwaltung bleibe.

Die **Fraktion der SPD** erklärte, verschiedenen Änderungen des Infektionsschutzgesetzes könne man durchaus zustimmen, allerdings gingen die Regelungen zumeist nicht weit genug und seien teilweise zu allgemein formuliert. So bleibe offen, wie das erforderliche Hygienefachpersonal gewonnen werden könne. An dieser Stelle biete der eigene Antrag eine Lösung. Ein Fehler sei auch, Risikopatienten bei stationärer Aufnahme nicht einem Eingangs-Screening zu unterziehen, wie es im Änderungsantrag der SPD-Fraktion gefordert werde. Abzulehnen sei, dass bei Konflikten die Qualitätsstandards der Pflegetransparenz-Vereinbarung durch eine Schiedsstelle definiert werden sollten. In diesen Fällen sei eine eindeutige Entscheidung der Bundesregierung gefragt, da Qualität nicht auf Kompromissen beruhen dürfe. Auch die Beteiligung der PKV an den Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen mit einem eigenen Prüfdienst könne die Fraktion nicht mittragen. Den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN könne man trotz richtiger Ansätze wegen sehr ähnlicher eigener Anträge nicht zustimmen.

Die **Fraktion DIE LINKE.** erklärte, ihre Fraktion habe einen wesentliche Anstoß für den vorliegenden Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen gegeben. Noch bei der Anhörung zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. im Jahr 2009 habe auch die FDP-Fraktion keinen Handlungsbedarf gesehen. Dadurch sei wertvolle Zeit verstrichen, in der es zu weiteren Infektio-

nen gekommen sei. Die Fraktion DIE LINKE. begrüße zwar eine Vielzahl der in dem Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen, sehe darin insgesamt aber die Problematik noch nicht umfänglich erfasst. Deshalb werde sie zwar einigen Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen zustimmen, lehne aber die in Änderungsantrag Nr. 6 enthaltenen Regelungen zu privaten Abrechnungsstellen aus grundsätzlichen Erwägungen ab. Da der Antrag der Fraktion der SPD der Komplexität der Thematik nicht gerecht werde, werde man sich hier der Stimme enthalten.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** merkte an, ein Grund für die Neuregelungen im Infektionsschutzgesetz sei, dass die landesrechtlichen Regelungen Defizite aufwiesen. Mit dem Gesetzentwurf werde zwar eine bundeseinheitliche Regelung versucht, verschiedene Einzelregelungen gingen jedoch nicht weit genug. Ein Mangel bestehe darin, dass in substanziellen Fragen die Verantwortung wieder auf die Länder übertragen werde, und die Möglichkeiten einer bundesgesetzlichen Regelung nicht ausgeschöpft worden seien. Zudem fehlten wichtige Bausteine wie das Screening von Risikopatienten vor Aufnahme in eine stationäre Einrichtung. Auch bei der übermäßigen Verschreibung von Antibiotika seien durch die Gesetzänderungen kaum Verbesserungen zu erwarten. Wegen der Regelungsdefizite werde sich die Fraktion bei der Abstimmung zu dem Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen ebenso wie beim Antrag der SPD enthalten, dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. aber zustimmen.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 17/5178 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Zu den Nummern 2 (§ 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b), **8** (§ 23 Absatz 4) **und 11** (§ 73)

Die Entwicklung von Antibiotika-Resistenzen wird maßgeblich durch Art und Umfang des Einsatzes von Antibiotika beeinflusst. So können Resistenzgene und resistente Mutanten des Erregers entstehen, die unter dem durch Antibiotika-Therapie entstehenden Selektionsdruck einen Überlebensvorteil erlangen und sich ungehindert vermehren können. Das Verhältnis zwischen Antibiotika-Verbrauch und Resistenzentwicklung verläuft nicht zwingend linear und ist sehr komplex, es konnte aber in zahlreichen Studien gezeigt werden, dass durch umsichtigen Einsatz von Antibiotika die Resistenzraten günstig beeinflusst werden können. Obwohl der stationäre Antibiotika-Verbrauch nur einen geringen Teil des Gesamt-Antibiotika-Verbrauches ausmacht (ca. 15 bis 20 Prozent), sind insbesondere Krankenhäuser durch die hohe Dichte der Antibiotika-Anwendung ein Ort für die Entstehung und Verbreitung von Antibiotika-Resistenzen.

Dem Management des Antibiotika-Einsatzes kommt daher ein hoher Stellenwert zu. Zur Optimierung des Antibiotika-Managements werden in Deutschland wie auch in anderen europäischen Ländern zunehmend sogenannte Antibiotic Stewardship (ABS)-Programme implementiert, die die Umsetzung einer rationalen Antibiotika-Therapie zum Ziel haben. Kernvoraussetzung für ein erfolgreiches Antibiotika-Management und essentieller Bestandteil aller ABS-Programme ist die Surveillance von Antibiotika-Verbrauch und -Resistenz vor Ort. Antibiotika-Verbrauchsdaten sind eine quantifizierbare Größe, die das Verschreibungsverhalten der verordnenden Ärzte widerspiegelt. Sie erlauben ein Monitoring von Veränderungen (z. B. vermehrter Einsatz von Reserve-Antibiotika) und die Evaluation von Interventionsmaßnahmen. Daten zur Berechnung der Antibiotika-Verbrauchsdichte müssen nicht extra erhoben sondern können aus den Apothekenabrechnungsdaten bzw. der Datenbank der Krankenhausverwaltung ohne Personenbezug extrahiert und zusammengefasst werden. In entsprechend aufbereiteter Form dienen sie zusammen mit Antibiotika-Resistenzdaten der Beurteilung der örtlichen Resistenzsituation, als Diskussionsgrundlage für die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hygienikern, Klinikern, Mikrobiologen und Apothekern (z. B. in Gremien wie der Arzneimittelkommission oder Qualitätszirkeln).

Für die Verpflichtungen werden Bußgeldbewehrungen vorgesehen.

Zu Nummer 8 (§ 23)

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART sind stetig weiterzuentwickeln. Aktuelle infektionsepidemiologische Auswertungen sind dabei zu berücksichtigen.

Zu den Absätzen 3, 5 und 6

Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung auch für Leiterinnen und Leiter von Zahnarztpraxen sowie von Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, zu regeln, dass diese Hygienepläne zu erstellen haben. Dies beruht auf einer Forderung des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 15. April 2011. Das Erfordernis, zur Unterstützung der eigenverantwortlichen Infektionsprävention intern systematisch konkrete Hygienemaßnahmen vorzugeben, besteht auch in Zahnarztpraxen, Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe. Auch in diesen Einrichtungen spielt die Hygiene für die Infektionsprävention eine bedeutende Rolle. In diesen Einrichtungen sind insbesondere die Bereiche Händehygiene, Hautantiseptik (Hautdesinfektion), Flächenreinigung und -desinfektion, Aufbereitung von Medizinprodukten (Instrumenten), Reinigung/Desinfektion von Medizinprodukten (medizinische Geräte), Schutzmaßnahmen, Umgang mit Medikamenten und Abfallentsorgung relevant. Die den Praxen durch den neuen § 23 Absatz 3 IfSG zugewiesene Verantwortung kann über die Erstellung von Hygieneplänen operationalisiert werden, die auch der Erfüllung arbeitsschutzrechtlicher Verpflichtungen dienen. Viele Praxen verfügen bereits heute über Hygienepläne. Die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes stellen seit einigen Jahren für die speziellen Verhältnisse von Arztpraxen Muster-Hygienepläne zur Verfügung. Die Praxen können von den zuständigen Behörden überprüft werden.

Ferner werden zur Verbesserung der Übersichtlichkeit der Anwendungsbereiche von Absatz 3 und Absatz 5 die Einrichtungen, auf die die Regelungen Anwendung finden, numerisch aufgezählt.

Zu Absatz 8

Um die Rechtsverordnungen der Länder nach § 23 Absatz 8 IfSG schnellstmöglich wirksam werden zu lassen, sind sie bis zum 31. März 2012 zu erlassen.

Zu Absatz 8 Nummer 3 und 4

Es ist zu erwarten, dass Krankenhäuser infolge von Absatz 3 sowie infolge der nach Absatz 8 Nummer 3 zu erlassenden Verordnungsregelungen zusätzliche Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker beschäftigt werden. Insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte in den Fachgebieten Hygiene und Umweltmedizin bzw. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie werden in den nächsten Jahren jedoch noch nicht in ausreichender Zahl auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

Ebenso müssen noch zusätzliche Ärztinnen und Ärzte zu hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten und zusätzliches Pflegepersonal zu Hygienefachkräften qualifiziert werden.

Es sind daher diesbezügliche Übergangsregelungen erforderlich. Die Übergangsregelungen sind auf Landesebene zu treffen und können so den in dem jeweiligen Land bereits erreichten Stand berücksichtigen.

Bis wann in ausreichender Zahl Personal mit den erforderlichen Qualifikationen zur Verfügung stehen wird, hängt insbesondere von der Schaffung von entsprechenden Ausbildungsmöglichkeiten und -kapazitäten in den Ländern ab. Die Dauer der Befristung der Übergangsregelungen wird unter Berücksichtigung dessen zu gegebener Zeit zu evaluieren sein.

Der Begriff „Hygienebeauftragte“ in § 23 Absatz 8 Nummer 3 und 4 wird präzisiert zu „hygienebeauftragte Ärzte“.

Zu Nummer 10 (§ 36)

Die Verpflichtungen nach § 36 Absatz 1 gelten auch für Betreuungseinrichtungen, die den in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen vergleichbar sind. Die „vergleichbaren Betreuungs- oder Versorgungseinrichtungen“ sind in der Aufzählung daher gesondert in Nummer 3 anzuführen, damit sich diese Wörter auch auf die Nummer 1 beziehen.

Zu Nummer 10a (§ 43)

Der Zeitraum, nach dessen Ablauf ein Arbeitgeber Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit bestimmten Lebensmitteln nach § 42 Absatz 1 Satz 1 oder 2 des Infektionsschutzgesetzes Umgang haben, erneut über das Tätigkeitsverbot bei Vorliegen bestimmter Krankheiten und über die Pflicht, das Vorliegen eines solchen Hinderungsgrundes mitzuteilen, belehren muss, wird zur Reduzierung von Bürokratielasten von einem Jahr auf zwei Jahre verlängert. Im Hinblick auf den geringen Umfang der Belehrungsinhalte ist eine Wiederauffrischung des Wissens nach zwei Jahren ausreichend.

Zu Nummer 11 (§ 73)

Durch die Aufnahme der Rechtsverordnungen nach § 17 Absatz 4 Satz 1 IfSG in die Bestimmung über die Bußgeldvorschriften des § 73 IfSG wird es den Landesregierungen, soweit erforderlich, ermöglicht, auch im Rahmen der nach § 17 Absatz 4 Satz 1 IfSG zu erlassenden Rechtsverordnungen eigene Ordnungswidrigkeitstatbestände – über § 73 Absatz 1 Nummer 3, 4, 5 und 6 IfSG hinaus – vorzusehen. Die Änderung beruht auf einem Vorschlag des Bundesrates in seinem Beschluss vom 15. April 2011.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 4a (§ 171d)

Im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse obliegt dem GKV-Spitzenverband die organisatorische Abwicklung der Haftung. Das bedeutet vor allem, dass er für die Befriedigung der Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer verantwortlich ist. Typischerweise ist der größte Teil dieser Ansprüche kurzfristig zu erfüllen. Selbst bei Haftungsfällen kleineren Ausmaßes reichen die Betriebsmittel des GKV-Spitzenverbands hierfür nicht aus. Da die gesetzlich vorgesehene Refinanzierung durch Umlage bei den betroffenen Mitgliedskassen einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen wird, ist eine zeitgerechte Erfüllung dieser Verbindlichkeiten nicht gewährleistet. Um zu vermeiden, dass insbesondere die Versicherten und Leistungserbringer auf die Befriedigung fälliger Forderungen warten müssen, wird klargestellt, dass der GKV-Spitzenverband – im Gegensatz zu den Krankenkassen, die nach § 222 SGB V kein Darlehen zum Haushaltsausgleich aufnehmen dürfen – zur Zwischenfinanzierung ein Darlehen aufnehmen kann. Die Kosten des Darlehens, also insbesondere die Zinsen, gehören zu den Haftungsbeträgen, die von den betroffenen Mitgliedskassen zu tragen sind.

Die Aufnahme eines Darlehens durch den GKV-Spitzenverband darf jedoch nur dann erfolgen, wenn dies unabdingbar notwendig ist, weil die zur Erfüllung der Ansprüche von Gläubigern erforderlichen Mittel innerhalb des Fälligkeitszeitraums nicht von den Mitgliedskassen aufgebracht werden können. Aus diesem Grund muss eine Darlehensaufnahme durch das Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden. Hierdurch wird auch vermieden, dass Darlehen durch eine Körperschaft der mittelbaren Staatsverwaltung, die dem Haushaltsgesetzgeber gegenüber nicht unmittelbar verantwortlich ist, ohne Mitwirkung des Bundesministeriums für Gesundheit aufgenommen werden.

Da die Darlehensaufnahme ausschließlich der Zwischenfinanzierung der Haftungsbeträge dient, um die Refinanzierung durch die Mitgliedskassen zu ermöglichen, ist der Darlehensbetrag zum frühest möglichen Zeitpunkt, spätestens aber nach zwölf Monaten zurückzuzahlen.

Weil bisher keine praktischen Erfahrungen zu Bedarf und Umfang einer Darlehensaufnahme im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse vorliegen, und Darlehensaufnahmen durch den GKV-Spitzenverband nur in Ausnahmefällen bei einer möglichen kurzfristigen Inanspruchnahme durch die Gläubiger einer geschlossenen Krankenkasse möglich sein sollen, wird die Möglichkeit zur Aufnahme von Darlehen auf ein Jahr befristet.

Zu Nummer 4b (§ 242)

Zu Buchstabe a

Für Personen, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts erhalten, wird nach § 242 Absatz 4 SGB V der kassenindividuelle Zusatzbeitrag bis zur Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a erhoben und aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht. Es handelt sich um solche Personengruppen, die Sozialgeld nach dem Zweiten Buch erhalten und in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig oder pflichtversichert sind. Das sind diejenigen nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die mit einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben und nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert sind. Dieser Personenkreis ist wie Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buches und kann den Zusatzbeitrag nicht selber tragen, da der Regelsatz den Zusatzbeitrag nicht umfasst. Mit der Änderung wird klargestellt, dass auch solche nichterwerbstätigen Hilfebedürftigen, die aufgrund von Vorversicherungszeiten den Pflichtversicherungstatbestand nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 erfüllen, von dieser Regelung erfasst werden.

Zu Buchstabe b

Erhebt eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag, ist dieser grundsätzlich von allen Mitgliedern der betreffenden Krankenkasse zu zahlen. Abweichend hiervon sind nach § 242 Absatz 5 SGB V bestimmte Mitgliedergruppen von der Verpflichtung zur Zahlung des Zusatzbeitrags befreit. Unter anderem ist ein Zusatzbeitrag nicht zu erheben von versicherungspflichtigen Teilnehmern an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Absatz 1 Nummer 6 SGB V) und behinderten Menschen in Einrichtungen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 7 oder 8 SGB V versichert sind, sowie von Personen, die in außerbetrieblichen Einrichtungen ausgebildet werden (§ 5 Absatz 4a SGB V).

Der Regelungszweck des § 242 Absatz 5 SGB V besteht vor allem darin, für besonders schutzbedürftige Personengruppen die Verpflichtung zur Zahlung des Zusatzbeitrags auszuschließen, soweit und solange sie neben den das Versicherungsverhältnis prägenden beitragspflichtigen Einnahmen über keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen verfügen. Bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 SGB V, also Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ist in wirtschaftlicher Hinsicht von keiner geringeren Schutzbedürftigkeit auszugehen, als bei den vom Zusatzbeitrag befreiten Teilnehmern an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Von daher ist es sachgerecht, dass auch diese Personen von der Verpflichtung zur Zahlung von Zusatzbeiträgen ausgenommen sind. Dies wird mit der Änderung gesetzlich ausdrücklich geregelt.

Zu Nummer 4c (§ 242a)

Die Änderung sieht vor, dass bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a Absatz 1 SGB V im Hinblick auf die prognostizierte Unterdeckung die Mitglieder nicht berücksichtigt werden, von denen ein Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 5 SGB V nicht erhoben wird.

Bisher sah § 242a SGB V für die Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags vor, dass die seitens des Schätzerkreises aufgezeigte Unterdeckung des Folgejahres durch die voraussichtliche Anzahl der Mitglieder in der GKV geteilt wird. Dabei blieb allerdings unberücksichtigt, dass von ca. 1,5 Millionen Mitgliedern der GKV (Krankengeldbezieher, Elterngeldbezieher, behinderte Menschen in Einrichtungen, Bezieher von Verletztengeld etc.) nach § 242 Absatz 5 SGB V kein Zusatzbeitrag erhoben wird. Bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags sind die Mitglieder nicht zu berücksichtigen, von denen kein Zusatzbeitrag erhoben wird. Hiermit wird sichergestellt, dass der Sozialausgleich auf Grundlage des Zusatzbeitrags erfolgt, der zum Ausgleich der prognostizierten Unterdeckung führt, wenn dieser Zusatzbeitrag in durchschnittlicher Höhe von allen Mitgliedern bzw. für alle Mitglieder in der GKV, von denen ein Zusatzbeitrag erhoben wird, gezahlt wird.

Zu Nummer 4d (§ 242b)

In der Gesetzesbegründung zu § 242b Absatz 6 des GKV-Finanzierungsgesetzes wurde bereits ausgeführt, dass Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, infolgedessen keinen Anspruch auf Sozialausgleich haben. Durch die Ergänzung wird nunmehr klargestellt, dass dieser Ausschluss vom Sozialausgleich auch für Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gilt, für die der kassenindividuelle Zusatzbeitrag ebenfalls vollständig vom zuständigen Leistungsträger übernommen wird. Dieser Personenkreis wird damit analog zu den Bezieherinnen und Beziehern von Leistungen nach dem Zwölften Buch behandelt.

Der neue Satz 2 stellt überdies klar, dass eine Meldepflicht der Krankenkassen über den Bezug von Grundsicherung im Alter nach dem SGB XII oder von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB II an die den Beitrag abführenden Stellen besteht.

Die geltende Regelung in § 242b Absatz 6 SGB V sieht unter anderem vor, dass Mitglieder, die Leistungen nach dem dritten oder vierten Kapitel des SGB XII beziehen, keinen Anspruch auf Sozialausgleich haben. Dies beinhaltet zum einen Bezieher von Leistungen nach dem dritten Kapitel des SGB XII (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt), die in aller Regel Pflichtversicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V oder freiwillig versichert sind. Für diese Mitgliedergruppen sind nach Absatz 4 die Krankenkassen bereits für die Durchführung des Sozialausgleichs zuständig. Sie prüfen daher in diesen Fällen auch die Anspruchsberechtigung bzw. den Wegfall des Anspruchs auf Sozialausgleich bei Bezug von Leistungen nach dem SGB XII. Zum anderen beinhaltet die Regelung Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII sowie Empfänger von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II, die in aller Regel aufgrund eines Rentenbezugs der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V sind.

Durch die Ergänzung wird nun klargestellt, dass es für diese Personenkreise in der Verantwortung der Krankenkassen liegt, bei Kenntnis über den Bezug von Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII den den Beitrag abführenden Stellen mitzuteilen, dass für das jeweilige Mitglied kein Sozialaus-

gleich durchzuführen ist. Eine Übermittlung des Meldegrundes an die den Beitrag abführenden Stellen ist hierbei nicht erforderlich.

Zu Nummer 4e (§ 279)

Mit der Ergänzung wird eine Pflicht zur Veröffentlichung der Gehälter von Geschäftsführern der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und deren Stellvertretern geschaffen. Entsprechende Regelungen gelten bereits für die Veröffentlichung der Gehälter von Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen. Auch die Vergütungen der Geschäftsführer der Medizinischen Dienste und ihrer Stellvertreter werden letztlich aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert. Für sie sollen daher die gleichen Transparenzregelungen wie für die Vorstände der Krankenkassen und ihrer Verbände sowie die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gelten.

Zu Nummer 4f (§ 274)

Durch die Änderung erhalten das Bundesministerium für Gesundheit und die obersten Verwaltungsbehörden der Länder die Möglichkeit, auch die Prüfung der Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, die der Aufsicht des BVA beziehungsweise der Aufsicht der Länder unterstehen, auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung zu übertragen. Derzeit besteht eine solche Übertragungsmöglichkeit nur für die Prüfung der Krankenkassen selber. Die Änderung stellt damit sicher, dass die Prüfung der Krankenkassen und die Prüfung der von ihnen gebildeten Arbeitsgemeinschaften immer durch die gleiche Prüfungseinrichtung erfolgen können.

Zu Nummer 6 (§ 282)

Zu Buchstabe a

Die Neuregelungen bezüglich der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sollen auch für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gelten.

Zu Buchstabe b

Der neu anzufügende Absatz 4 war bereits im Regierungsentwurf vorgesehen. Dadurch gelten die für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung vorgesehenen Neuregelungen zu Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen (§ 281 Absatz 2 Satz 1 SGB V) auch für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

Zu Nummer 9 (§ 295a – neu)

Mit der Neuregelung in § 295a wird im Anschluss an die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 10. Dezember 2008 (B 6 KA 37/07) und an die zum 1. Juli 2011 auslaufende Regelung in § 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 eine bereichsspezifische Befugnisnorm für die Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken im Rahmen der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b, zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c und zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a geschaffen. Die Besonderheiten dieser Versorgungsformen erfordern es, einen Abrechnungsweg über die Vertragspartner auf Leistungserbringerseite zusätzlich zu der direkten Abrechnung zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse zu ermöglichen. Die hierzu erforderliche Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bedarf einer gesetzlichen Ermächtigung. Zudem ist es für die Vertragspartner auf Leistungserbringerseite gegebenenfalls erforderlich zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Abrechnung eine andere Stelle, zum Beispiel ein privatrechtlich organisiertes Rechenzentrum, einzuschalten. Auch hierzu werden die gesetzlichen datenschutzrechtlichen Befugnisse geschaffen und die datenschutzrechtlichen Anforderungen aus dem geltenden Recht übernommen. Für die ebenfalls zum 1. Juli 2011 auslaufende Regelung in § 120 Absatz 6 wird in Absatz 3 eine Anschlussregelung geschaffen.

Die Vorschrift des § 295a – neu – wird im Rahmen der nach dem Koalitionsvertrag geplanten grundsätzlichen Überprüfung der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b) ebenfalls im Jahr 2012 zu überprüfen sein.

Zu Absatz 1

Mit Satz 1 wird den an den besonderen Versorgungsformen teilnehmenden Leistungserbringern die Befugnis eingeräumt, die für die Abrechnung der im Rahmen dieser Verträge erbrachten Leistungen erforderlichen Angaben an den sie vertretenden Vertragspartner oder an eine von diesem nach Absatz 2 beauftragte andere Stelle zu liefern. Bei den erforderlichen Angaben handelt es sich um die für die Abrechnung der jeweiligen Leistungen nach den entsprechenden Vorschriften des Zehnten Kapitels des SGB V ausdrücklich erforderlichen Angaben. Für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen sind dies die Angaben nach § 295 Absatz 1; für die Leistungen anderer Leistungserbringer im Rahmen der integrierten Versorgung die in den jeweiligen Vorschriften genannten Angaben. Mit dem Eingang der Daten bei dem Vertragspartner oder der von ihm beauftragten Stelle geht die datenschutzrechtliche Verantwortung auf den Vertragspartner über, das heißt er wird verantwortliche Stelle im datenschutzrechtlichen Sinne.

Sofern der einzelne Leistungserbringer selbst Vertragspartner der Krankenkasse ist, übermittelt er die zu Abrechnungszwecken erforderlichen Angaben unmittelbar an die Krankenkasse (vergleiche § 295 Absatz 1b Satz 1 für die ärztlichen Leistungen). Regelmäßig sind Vertragspartner der Krankenkasse jedoch nicht einzelne Leistungserbringer, sondern Gemeinschaften von Leistungserbringern sowie Träger von Einrichtungen oder deren Gemeinschaften. Die in Betracht kommenden Vertragspartner auf Leistungserbringerseite ergeben sich aus den Regelungen in § 73b Absatz 4, § 73c Absatz 3 und § 140b Absatz 1. In diesen Konstellationen kann es zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Erfüllung vertraglich vereinbarter Pflichten erforderlich sein, dass die Abrechnung der vereinbarten und erbrachten Leistungen über die Vertragspartner erfolgt. So kann der Vertragspartner die Abrechnung der erbrachten Leistungen für die Krankenkassen, die Rechnungslegung zwischen den Beteiligten sowie die Honorarverteilung gegenüber den teilnehmenden Leistungserbringern übernehmen. Korrespondierend hierzu wird der erforderliche Datenfluss von den Leistungserbringern an den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite oder eine von diesem nach Absatz 2 beauftragte andere Stelle durch die be-

reichsspezifische Befugnisnorm ermöglicht. Die Übermittlungsbefugnis ist auf die für die Abrechnung erforderlichen Daten beschränkt. Um sicherzustellen, dass das Schutzniveau des Sozialdatenschutzes auch bei der Datenübermittlung nach diesem Absatz gilt, wird § 35 SGB I für entsprechend anwendbar erklärt und der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite auch in diesem Verhältnis den Stellen nach § 35 SGB I gleichgestellt.

Die gesetzliche Übermittlungsbefugnis wird geschaffen, weil die Einschaltung einer anderen Stelle, zum Beispiel eines privatrechtlich organisierten Rechenzentrums, für den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite erforderlich sein kann, wenn es sich zum Beispiel um eine Gemeinschaft von Leistungserbringern handelt, die selbst nicht über die erforderlichen Kapazitäten zur ordnungsgemäßen Datenverarbeitung zu Abrechnungszwecken verfügt.

Voraussetzung für die Datenübermittlung von den Leistungserbringern an den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite oder die von diesem beauftragte andere Stelle ist die schriftliche Einwilligung des Versicherten in die Teilnahme an der besonderen Versorgungsform und zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung, die vor Beginn der Teilnahme gegeben wird. Hierzu ist er vor Abgabe der Teilnahmeerklärung umfassend über die Nutzung seiner Daten zu informieren. Der Versicherte soll vor der Einwilligung alle Informationen erhalten, die notwendig sind um Anlass, Ziel und Folgen der Verarbeitung einschätzen zu können. Dazu gehört die Information welche Daten zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt werden. Mit dem Erfordernis der Einwilligung in die Teilnahme an der besonderen Versorgungsform nach umfassender Information über die damit verbundene Datenübermittlung wird dem grundrechtlich geschützten Recht des Versicherten auf informationelle Selbstbestimmung Rechnung getragen. Dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Einzelnen steht das Allgemeininteresse an der Durchführung der besonderen Versorgungsformen gegenüber. Der Gesetzgeber hat die besonderen Versorgungsformen mit der Zielsetzung einer bedarfsgerechteren, individuellen am Wohl des Einzelnen ausgerichteten Versorgung eingeführt. Die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie zur integrierten Versorgung dienen der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch dem Gemeinwohl. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass es sich bei den zu Abrechnungszwecken übermittelten Daten auch um sensible Gesundheitsdaten des Versicherten handelt, deren Weiterleitung an andere Stellen für den Versicherten transparent sein muss. Daher ist auch unter Würdigung des Allgemeininteresses an der Durchführbarkeit der besonderen Versorgungsformen die vorherige Information des Versicherten über die Nutzung des besonderen Abrechnungsweges und die damit verbundene Datenübermittlung geboten. Die Verknüpfung der Teilnahme an der besonderen Versorgungsform mit dem besonderen Abrechnungsweg ist dem Versicherten auch zumutbar. Die besonderen Versorgungsformen stellen für die Versicherten ein freiwilliges Angebot in Ergänzung der kollektivvertraglichen Versorgung dar. Durch die gesetzlichen Vorgaben der Neuregelung, insbesondere in Absatz 2, wird auch der mögliche Abrechnungsweg in den besonderen Versorgungsformen auf einem hohen Datenschutzniveau abgesichert.

Die Befugnis des Vertragspartners auf Leistungserbringerseite oder der von diesem beauftragten anderen Stelle ist nach Satz 3 ausdrücklich auf die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der erhaltenen Abrechnungsdaten zu Abrechnungszwecken und die Weiterleitung der Daten an den Vertragspartner auf Krankenkassenseite beschränkt.

Ferner gilt auch für den möglichen Abrechnungsweg über den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite oder eine von diesem beauftragte Stelle § 295 Absatz 1b Satz 2, wonach der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere zur Datenübermittlung für die Abrechnung im Rahmen von Verträgen nach § 73b, § 73c oder § 140a regelt. Dies entspricht der Regelungssystematik für die Datenübermittlung bei der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen nach § 295 Absatz 1, für die nach § 295 Absatz 4 die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Nähere regelt.

Zu Absatz 2

Mit dieser Regelung werden im Wesentlichen die mit der 15. AMG-Novelle (Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 – BGBl. I S. 1990) in § 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 geschaffenen und bis zum 1. Juli 2011 befristeten Regelungen zur Einbeziehung anderer Stellen, zum Beispiel privatrechtlich organisierter Abrechnungsstellen oder Rechenzentren, im Rahmen der besonderen Versorgungsformen übernommen.

Die neue Formulierung in Satz 1 (bisher § 295 Absatz 1b Satz 5) trägt dem neuen Regelungsstandort Rechnung und knüpft an den in Absatz 1 ermöglichten Abrechnungsweg an. Ferner wird durch die Formulierung klargestellt, dass der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite der im datenschutzrechtlichen Sinn verantwortliche Auftraggeber für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch die andere Stelle ist.

In Satz 2 (bisher § 295 Absatz 1b Satz 6) wird im Hinblick auf die Anwendung des § 80 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X), der die Möglichkeit von Unterauftragsverhältnissen offen lässt, nun ausdrücklich vorgegeben, dass diese ausgeschlossen sind. Mit dem Ausschluss der Unterbeauftragung einer weiteren Stelle wird der Kreis der an der Datenverarbeitung beteiligten Stellen zum Schutz der besonders sensiblen Gesundheitsdaten des Versicherten eingeschränkt. Die strengen Vorgaben für die Auftragserteilung an nichtöffentliche Stellen nach § 80 Absatz 5 SGB X sind im Hinblick darauf, dass § 35 SGB I nach Satz 3 auch für den Auftragnehmer gilt, nicht erforderlich. Von der Vorgabe, dass der überwiegende Teil des gesamten Datenbestandes beim Auftraggeber verbleiben muss, wird deshalb abgesehen. Ferner wird mit dem zweiten Halbsatz – wie in der bisherigen Regelung – festgelegt, dass Auftraggeber und Auftragnehmer der Aufsicht der nach § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zuständigen Aufsichtsbehörde unterliegen. Die Kontrollzuständigkeit für den Auftragnehmer ergibt sich bereits aus § 80 Absatz 6 Satz 4 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X). Die Anzeige entsprechend § 80 Absatz 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) ist bei Auftraggebern, die nicht der staatlichen Rechtsaufsicht über Sozialversicherungsträger nach § 87 ff. des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) unterliegen, an die nach § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zuständige Aufsichtsbehörde zu richten.

Die im bisherigen § 295 Absatz 1b Satz 7 enthaltene Vorgabe, dass der Auftragnehmer, hier die beauftragte andere Stelle, die übermittelten Daten nur zu Abrechnungszwecken erheben, verarbeiten und nutzen darf, ist in Absatz 1 Satz 3 enthalten.

Mit der Ergänzung des Auftragsgebers in Satz 3 (bisher § 295 Absatz 1b Satz 8) wird der Tatsache Rechnung getragen, dass auch der Auftraggeber, also der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite, nicht zu den in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) genannten Stellen gehören kann. Auch an ihn werden die gleichen datenschutzrechtlichen Anforderungen gestellt, wie sie für die dem Sozialgeheimnis unterliegenden Stellen gelten. Damit wird für die Einschaltung der anderen Stelle ein hohes Datenschutzniveau gewährleistet. Sowohl der Auftraggeber als auch die andere Stelle als Auftragnehmer werden den Stellen nach § 35 SGB I gleichgestellt. Dies gilt sowohl für den Umfang der Geheimhaltungspflicht als auch für die nach § 78a SGB X zu treffenden technischen und organisatorischen Maßnahmen.

Zu Absatz 3

Hiermit wird eine Anschlussregelung an die Regelung des § 120 Absatz 6 geschaffen, die aufgrund der Übergangsvorschrift des § 320 ebenso wie die Regelung des § 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 nur noch bis zum 1. Juli 2011 anwendbar ist. Den Krankenhäusern bleibt damit wie in der Übergangsregelung die Befugnis eingeräumt, die im Rahmen einer Notfallbehandlung erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen über eine andere Stelle, zum Beispiel privatrechtlich organisierte Abrechnungsstellen oder Rechenzentren, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abzurechnen. Die Beibehaltung dieser Abrechnungsmöglichkeit hat insbesondere das Ziel, dem Krankenhaus einen höheren Gestaltungsspielraum beim Datenmanagement zu belassen, in einem Bereich, in dem das Krankenhaus untypischer Weise ambulante ärztliche Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abzurechnen hat.

Im Gegensatz zur Übergangsregelung wird die Befugnis nunmehr an das Erfordernis der schriftlichen Einwilligung des Versicherten in die Datenweitergabe an die andere Stelle geknüpft. Mit dem Erfordernis der Einwilligung wird in Verbindung mit dem oben genannten Ziel der Regelung unter Berücksichtigung der verfassungsrechtlichen und datenschutzrechtlichen Vorgaben dem grundrechtlich geschützten Recht des Versicherten auf informationelle Selbstbestimmung Rechnung getragen.

Für die schriftliche Einwilligung des Versicherten gilt § 67b Absatz 2 SGB X. Danach ist der Versicherte vor der Einwilligung schriftlich auf den Zweck der vorgesehenen Verarbeitung oder Nutzung hinzuweisen. Der Versicherte soll vor der Einwilligung alle Informationen erhalten, die notwendig sind, um Anlass, Ziel und Folgen der Verarbeitung einschätzen zu können. Dazu gehört die Information, welche Daten zu welchen Zwecken an welche Stelle weitergegeben werden. Ferner ist die Einwilligung des Versicherten nur wirksam, wenn sie auf dessen freier Entscheidung beruht. Entscheidungen über die Behandlung dürfen nicht von der Einwilligungserklärung abhängig gemacht werden. Die Einwilligung wird in der Regel nach der erfolgten Notfallbehandlung einzuholen sein; sie muss aber in jedem Fall vor der Datenweitergabe vorliegen. Der Versicherte hat das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Wie in der bisherigen Regelung wird klargestellt, dass die Vorgaben des § 291a zur elektronischen Gesundheitskarte unberührt bleiben.

Mit Satz 2 wird ebenfalls wie in der Übergangsregelung ausdrücklich klargestellt, dass der Auftragnehmer die Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen darf.

Mit der Verweisung in Satz 3 werden die datenschutzrechtlichen Vorgaben, wie sie für die Auftragsdatenverarbeitung im Rahmen der besonderen Versorgungsformen vorgesehen sind, auch für die Einbeziehung einer anderen Stelle bei der Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen im Rahmen der Notfallbehandlung im Krankenhaus übernommen. Sie entsprechen im Wesentlichen den in den Übergangsregelungen enthaltenen Vorgaben. Auf die Begründung zu Absatz 2 wird Bezug genommen.

Zu Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 0 (Inhaltsverzeichnis)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen § 97c.

Zu Nummer 3 (§ 114)

Es wird klargestellt, dass die Bezugsgröße für die Zahl der Prüfaufträge ein Jahr ist. Dies ergab sich bisher nur aus dem Gesamtzusammenhang der Vorschrift, insbesondere aus der Neuformulierung von Absatz 5.

Zu Nummer 4 (§ 114a)

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 5 Satz 1 und 4

Die Änderung dient der Verfahrenserleichterung. Zugleich werden Bedenken gegen die Praktikabilität der Verschuldensregelung aufgegriffen. Ziel ist es, zu vermeiden, dass das Bundesversicherungsamt bezüglich der Verschuldensfrage aufwändige, gerichtsfeste Sachverhaltsermittlungen anstellen muss und es soll der Gefahr permanenter Auseinandersetzungen begegnet werden. Den Bedenken wird dadurch Rechnung getragen, dass der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. grundsätzlich zur Zahlung herangezogen wird, wenn er die in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte Prüfquote unterschreitet. Zugleich wird geregelt, dass der Verband der privaten Krankenversicherung der Zahlungsaufforderung durch das Bundesversicherungsamt keine Folge leisten muss, wenn er innerhalb von vier Wochen nach der Zahlungsaufforderung nachweist, dass die Unterschreitung der Prüfquote nicht von ihm oder seinem Prüfdienst zu vertreten ist.

Zu Absatz 5 Satz 2 erster Halbsatz

Der Finanzierungsanteil des Verbandes der privaten Krankenversicherung hat Auswirkungen auf das Finanzvolumen der sozialen Pflegeversicherung. Aus Gründen der Transparenz ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gleichermaßen wie der Verband der privaten Krankenversicherung vom Bundesversicherungsamt anzuhören.

Zu Buchstabe e

Mit dieser Änderung wird die vorgesehene Vereinbarung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und des Verbandes des privaten Krankenversicherung e. V. bezüglich der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen verbindlich gestaltet und mit einer Frist versehen. Im Gesetzentwurf ist nicht festgelegt, dass die Aufnahme der Prüftätigkeit des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. von dem vorhergehenden Zustandekommen der Vereinbarung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. über die Zusammenarbeit abhängt. Das heißt, unbeschadet des Vorliegens der Vereinbarung beginnt die Pflicht der Landesverbände der Pflegekassen, Prüfaufträge im Umfang von zehn Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge an den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zu vergeben, mit dem Inkrafttreten des Gesetzes. Beide Prüfdienste – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung und Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. – sind an die Qualitätsprüfungsrichtlinien gebunden, wodurch die Einheitlichkeit der Prüfungen unmittelbar maßgeblich gewährleistet ist. Dennoch ist eine zügige Abstimmung der Verfahren zwischen gesetzlicher Pflegeversicherung und privater Pflegeversicherung auf Bundesebene sinnvoll. Die Vereinbarung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. soll daher bis zum 31. Oktober 2011 geschlossen werden.

Bisher sind die pflegebedürftigen Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung und ihre Angehörigen auf die Transparenzplattformen der gesetzlichen Pflegekassen angewiesen, um sich über die Qualität von Pflegeeinrichtungen zu informieren. Im GKV-Bereich sind vier Plattformen (nach Kassenarten) eingerichtet. Den Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung kann weder zugemutet werden, ihre Versicherten auf einschlägige Angebote der GKV zu verweisen, noch zum Zwecke der Versichertenberatung auf Internetangebote gesetzlicher Kassen zurückzugreifen. In der Vereinbarung soll daher auch geregelt werden, wie die einheitliche Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen gemäß den Transparenzvereinbarungen durch den Verband der privaten Krankenversicherung in gleicher Weise wie durch die gesetzlichen Pflegekassen erfolgen kann.

Zu Nummer 5 (§ 115)

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe cc

Zu Absatz 1a Satz 10

Eine Verhandlungsfrist von sechs Monaten soll es den Vereinbarungspartnern besser ermöglichen, notwendige Klärungsprozesse zur Herstellung einer Vereinbarung auch bei komplexen Sachverhalten abzuarbeiten. Die Frist entspricht auch dem Zeitrahmen, der für die Anrufung der Schiedsstelle bei Rahmenverhandlungen über die pflegerische Versorgung gilt (§ 75 Absatz 4 SGB XI). Die Verlängerung der Frist ist sachdienlich: Zukünftig werden bei der Weiterentwicklung der Transparenzkriterien insbesondere auch die Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ sukzessive zu berücksichtigen sein, die einen veränderten Prüfungsansatz zugrunde legen. Durch eine Verlängerung der Frist wird zudem eher gewährleistet, dass der Schiedsstelle ausdiskutierte und qualifiziert aufbereitete Streitgegenstände zugeführt werden, was wiederum zu einer Entlastung des Schiedsverfahrens führt.

Zu Absatz 1a Satz 11

Die Änderung verbreitert die Legitimationsgrundlage für eine Verkürzung der Frist zur Anrufung der Schiedsstelle. Weder kann durch eine Minderheit der Verbände das Verfahren unnötig verzögert noch durch eine Minderheit einseitig bestimmt werden. Dies ist angesichts der Zahl der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die als Vereinbarungspartner an den Verhandlungen teilnehmen, sachgerecht und verstärkt die Notwendigkeit einer ergebnisorientierten Verhandlungsführung für alle Beteiligten.

Zu Nummer 6 (§ 117)

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzung in Doppelbuchstabe bb wird klargestellt, dass wie der Medizinische Dienst auch der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verpflichtet ist, in den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften mitzuwirken, um etwa gegenseitige Information und Beratung zu gewährleisten und Doppelprüfungen zu vermeiden.

Zu Artikel 6a (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 30)

Durch die Änderung des Satzes 2 wird klargestellt, dass für ein Korrekturverfahren neben Daten aus dem zweiten auch Daten aus dem dritten der Korrektur vorausgehenden Jahr zu übermitteln sind. Diese Klarstellung ist für die Durchführung des Korrekturverfahrens nach § 266 Absatz 6 Satz 6 SGB V erforderlich. Nach geltender Regelung werden die dem Bundesversicherungsamt von den Krankenkassen nach § 30 Absatz 4 Satz 1 übermittelten Daten nach Ablauf von zwei Jahren durch eine neue Datenmeldung korrigiert. Da zur Durchführung des Korrekturverfahrens im Hinblick auf den Jahresausgleich für einen Teil dieser Daten eine Verknüpfung mit den entsprechenden Versichertenzeiten des Vorjahres erforderlich ist, wird die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten ergänzend klargestellt. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente, die Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland sowie die Versichertentage, für die Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt worden ist. Die zusätzlich zu übermittelnden Daten sind in gleicher Weise pseudonymisiert und im gleichen Verfahren an das Bundesversicherungsamt zu übermitteln wie die übrigen versichertenbezogenen Daten im Risikostrukturausgleich auch.

Zu Nummer 2 (§ 40)

Unterschiedsbeträge zwischen den voraussichtlichen bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds und den voraussichtlichen standardisierten Ausgaben der Krankenkassen werden vom Bundesversicherungsamt wettbewerbsneutral auf die Krankenkassen umgelegt, indem die Zuweisungen

durch einen einheitlichen Betrag je Mitglied verändert werden. Die Änderung sieht vor, dass die jeweilige Zahl der Mitglieder, von denen die Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V ab dem 1. Januar 2011 keinen Zusatzbeitrag erheben dürfen, bei der Berechnung in Abzug zu bringen ist. Dies ist zur Wahrung der Wettbewerbsneutralität zwischen Krankenkassen erforderlich, da andernfalls bei Umlage eines negativen Unterschiedsbetrags Krankenkassen mit einem hohen Anteil an Mitgliedern, von denen kein Zusatzbeitrag erhoben wird, benachteiligt würden. Die Änderung entspricht der Änderung in § 242a Absatz 1 SGB V.

Zu Nummer 3 (§ 41)

Entsprechend der Regelung in § 40 RSAV sind ab dem Jahresausgleich für das Jahr 2011 auch die Unterschiedsbeträge, die aus einem Vergleich der Einnahmen des Gesundheitsfonds mit den GKV-Ausgaben resultieren, im Jahresausgleich wettbewerbsneutral auf alle Krankenkassen aufzuteilen. Um Verwerfungen zu vermeiden, sieht die Änderung vor, dass auch hier die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder, von denen die Krankenkassen keinen Zusatzbeitrag erheben dürfen, bei der Berechnung des mitgliederbezogenen Veränderungsbetrags in Abzug zu bringen ist.

Zu Artikel 6b (Überprüfungsregelung)

Die Bundesregierung wird verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2014 einen Bericht für die Überprüfung der Bestimmungen in den Artikeln 1 und 3 Nummer 1 und 4 vorzulegen. Der Bericht ist vom Robert Koch-Institut unter Hinzuziehung weiterer externer Sachverständiger nach wissenschaftlichen Kriterien zu erstellen. Um eine umfassende Bewertung der Regelungen zur Verbesserung der Hygiene und zur Bekämpfung von resistenten Krankheitserregern zu ermöglichen, hat das Robert Koch-Institut bei der Untersuchung die Berichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. des Bewertungsausschusses zu den Vergütungsvereinbarungen nach § 87 Absatz 2a Satz 3 SGB V einzubeziehen. Damit die Erkenntnisse über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zur Sicherung der Hygiene erlassenen Richtlinien und die Ergebnisse zur Beurteilung der Hygienequalität aus der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in die Bewertungen des Robert Koch-Institutes einfließen können, sind diese für die Evaluation heranzuziehen.

Berlin, den 8. Juni 2011

Lothar Riebsamen
Berichterstatter

Bärbel Bas
Berichterstatterin

Harald Weinberg
Berichterstatter

Lars Lindemann
Berichterstatter

Dr. Harald Terpe
Berichterstatter



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333